



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CRISTIANE VALENÇA DE MIRANDA

“E EU NÃO SOU UMA PESSOA?”: a assistência à saúde de pessoas Trans e Travestis

Recife
2024

CRISTIANE VALENÇA DE MIRANDA

“E EU NÃO SOU UMA PESSOA?”: a assistência à saúde de pessoas Trans e Travestis

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Rodrigues Costa

Recife

2024

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

M672e	Miranda, Cristiane Valença de “E eu não sou uma pessoa?” : a assistência à saúde de pessoas Trans e Travestis / Cristiane Valença de Miranda. - 2024. 213 folhas: il. 30 cm. Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Rodrigues Costa. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2024. Inclui referências e apêndices. 1. Pessoas trans. 2. Travestis. 3. Assistência à saúde. I. Costa, Mônica Rodrigues (Orientadora). II. Título. 361 CDD (22. ed.)	UFPE (CSA 2024 – 071)
-------	---	-----------------------

CRISTIANE VALENÇA DE MIRANDA

“E EU NÃO SOU UMA PESSOA?”: a assistência à saúde de pessoas Trans e Travestis

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

Aprovada em: 05/03/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Rodrigues Costa
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Flávia da Silva Clemente
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Delaine Cavalcanti Santana de Melo
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Bruna Andrade Irineu (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Mato Grosso

À minha mãe Luzia (*“in memoriam”*), sem a qual nada seria possível. Aquela que acreditou em mim, quando nem eu mesma acreditei. Obrigada, mãe!!! Você é e sempre será parte essencial das minhas conquistas!!!!

Dedico!

Somos Quem Podemos Ser - Engenheiros do Hawaii

Um dia me disseram
Que as nuvens não eram de algodão
Um dia me disseram
Que os ventos às vezes erram a direção

E tudo ficou tão claro
Um intervalo na escuridão
Uma estrela de brilho raro
Um disparo para um coração

A vida imita o vídeo
Garotos inventam um novo inglês
Vivendo num país sedento
Um momento de embriaguez

**Somos quem podemos ser
Sonhos que podemos ter**

Um dia me disseram
Quem eram os donos da situação
Sem querer eles me deram
As chaves que abrem essa prisão

E tudo ficou tão claro
O que era raro ficou comum
Como um dia depois do outro
Como um dia, um dia comum (...)

**Quem ocupa o trono tem culpa
Quem oculta o crime também
Quem duvida da vida tem culpa
Quem evita a dúvida também tem**

Me reconheci nesta música quando me deparei *transicionando* para uma leitura crítica da realidade, experimentada na relação com os infortúnios da própria realidade. O que estava às cegas se tornou claro: um jogo perverso, mas, infelizmente, latente para a maioria das pessoas. É exatamente o que vem nos dizer as pessoas trans e travestis: que a vida tem seus propósitos nefastos, mas, está em permanente transformação. Diante de uma vida tão paradoxal, para onde seguir? Na dúvida, fico com a dúvida!!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à banca de qualificação, tanto nas arguições, como nas importantes sugestões que sinalizaram, com muita propriedade, os caminhos a serem trilhados. Um destaque para a maestria da orientadora Mônica Rodrigues Costa, no trato com as questões teórico-metodológicas, e na imersão da temática LGBTQIAP+.

Agradeço ao Mestrado em Serviço Social/UFPE, turma 2021, em seu corpo docente e discente, onde me foi oportunizado participar de momentos ímpares de reflexão e de novos aprendizados. Um destaque especial para a colega de turma e de trabalho profissional, Marina Assunção, com quem tenho aprendido sobre o quanto juntas somos mais fortes.

Agradeço a oportunidade de um dia ter sido a supervisora do estágio curricular de Henrique da Costa Silva, no Espaço de Acolhimento e Cuidado de Pessoas Trans/UFPE - Espaço Trans/UFPE. Graduando que se tornou doutor em Serviço Social numa velocidade estonteante, e que, para mim, foi decisivo para uma leitura crítica desse debate, que só veio a fortalecer o trabalho cotidiano e a presente pesquisa.

Agradeço às pessoas trans e travestis, pela disponibilidade em participar da pesquisa, trazendo inovadoras reflexões sobre o fazer em saúde, como também, às que se encontram vinculadas ao Espaço Trans/UFPE, pelos ensinamentos durante o trabalho profissional, inspirando as necessárias releituras da realidade, e nos dizendo a todo instante que sem tensionamentos não há transformações.

Agradeço a disponibilidade das(os/es) profissionais da rede de saúde de Recife/PE, com as suas importantes contribuições sobre a assistência prestada às PTT, assim como, as necessárias adequações na melhoria do serviço prestado.

Agradeço à Prefeitura da cidade do Recife/PE, através da Secretaria Executiva da Gestão no Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), na pessoa de Auristela, por ter acatado a proposta da pesquisa e permitido a imersão na rotina dos serviços.

Agradeço à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas - HC/UFPE, na pessoa da Prof^a Célia Castro, e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas/UFPE, na pessoa de Flavinha, pela excelente acolhida e apoio nos trâmites, que foram decisivos na consumação desse processo.

Quero agradecer imensamente ao Espaço de Acolhimento e Cuidado de Pessoas Trans - Espaço Trans/UFPE, em especial, à Suzana, Manuele, Paula, Aleide, Rogerson, Luíze e Éricka, onde tenho desenvolvido a ação profissional, e onde tenho aprendido questões fundamentais para o trabalho e a vida.

Quero também manifestar a minha profunda gratidão ao Serviço Social do Hospital das Clínicas/UFPE, sem o qual não teria angariado a maturidade necessária para fortalecer a leitura crítica da realidade e desbravar este importante campo de intervenção profissional. Um agradecimento especial à nossa secretária, Cosmelena (Lena), pelo carinho e acolhida, e a assistente social Marcele Nogueira, pela vibração e colaboração de sempre.

Agradeço também à equipe do CTA/SAE de Camaragibe/PE, em especial, a Rubenilson Pequeno (Rubinho) pela colaboração, na trajetória de realização desse trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram para que essa jornada se consolidasse, sem as quais, nada seria possível.

Enfim, agradeço ao processo de produção do conhecimento que, em sua versão histórico-crítica, tem nos demonstrado que, sem os horizontes da transformação, seremos, apenas, mais uma (um) na multidão.

RESUMO

O Espaço Trans/UFPE foi o solo onde se fertilizaram as intenções de estudar a materialidade da política de assistência à saúde de pessoas trans e travestis (PTT) na cidade do Recife/PE, especificamente, no Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, da Policlínica Lessa de Andrade; no Ambulatório LBT, do Hospital da Mulher do Recife; e, na Unidade de Saúde da Família (USF) Brasilit. Estes serviços são referência no atendimento de Pessoas Trans e Travestis (PTT), e, cada um deles representa um nível de complexidade da atenção à saúde. O estudo partiu da seguinte indagação: Qual a resolutividade da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) em relação às demandas de PTT nos diversos níveis de complexidade da atenção em saúde na cidade do Recife/PE? Tem como objetivo geral, analisar a resolutividade da PNSILGBT nos diversos níveis de complexidade da atenção em saúde, na cidade do Recife/PE, em suas respostas às demandas por saúde de PTT. Estar diante de uma população historicamente negada na sua condição existencial e cidadã, foi o que inspirou a escolha por uma matriz histórico-crítica, de direção político-emancipatória, estando a base empírica orientada para aquelas(es) que vivenciam e operam a concretude da política. Neste sentido, foram aplicadas 10 (dez) entrevistas semiestruturadas, com a premissa de analisar o discurso de usuárias(os/es) e profissionais destes serviços, elucidando as problemáticas e potências que dão concretude à assistência prestada. Os resultados reeditam as históricas dificuldades destas pessoas nos trânsitos pela saúde, como também, apresentam novos sentidos e possibilidades, a partir destas trajetórias. Examinando a realidade, arriscamos dizer que os resultados encontrados indicam a necessidade de mudanças no cotidiano da política de assistência à saúde de PTT na cidade do Recife/PE, especialmente, no tocante à preparação das(os/es) profissionais da rede, em especial, da atenção básica, de forma a trazer a PNSILGBT mais para perto da sua efetividade.

Palavras-chave: Pessoas Trans e Travestis; Assistência à Saúde; Serviços de Saúde LGBTQIAP+ em Recife/PE.

ABSTRACT

The Trans/UFPE Space was the ground where fertilized the intentions of studying the materiality of the health care policy for trans and transvestite people (PTT) in the city of Recife/PE, specifically, at the Patrícia Gomes LGBT Outpatient Clinic, at Policlínica Lessa de Andrade; at the LBT Outpatient Clinic, at the Hospital da Mulher do Recife; and at the Brasilit Family Health Unit (USF). These services are a reference in the care of Trans and Transvestite People (PTT), and each of them represents a level of complexity in health care. The study was based on the following question: What is the resolution of the implementation of the National Comprehensive Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (PNSILGBT) in relation to PTT demands at the different levels of complexity of health care in the city of Recife/PE? Its general objective is to analyze the resoluteness of PNSILGBT at the different levels of complexity of health care, in the city of Recife/PE, in its responses to PTT health demands. Being faced with a population historically denied its existential and citizen condition, was what inspired the choice for a historical-critical matrix, with a political-emancipatory direction, with the empirical basis being oriented towards those who experience and operate the concreteness of policy. In this sense, 10 (ten) semi-structured interviews were applied, with the premise of analyzing the discourse of users and professionals of these services, elucidating the problems and powers that give concreteness to the assistance provided. The results recreate the historical difficulties of these people in their health journeys, as well as presenting new meanings and possibilities, based on these trajectories. Examining the reality, we risk saying that the results found indicate the need for changes in the daily PTT health care policy in the city of Recife/PE, especially with regard to the preparation of the network's professionals, in particular, of primary care, in order to bring PNSILGBT closer to its effectiveness.

Keywords: Trans people and transvestites. Health Care. LGBTQIAP+ Health Services in Recife/PE

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Em busca de reconhecimento.....	31
Figura 2 -	Esse nome não me representa.....	46
Figura 3 -	Respeita meu nome social.....	53
Figura 4 -	Mapa das(os) usuárias(os) ativas(os) no Espaço Trans/UFPE de Recife/PE.....	54
Figura 5 -	Mapa dos equipamentos voltados à saúde de PTT em Recife/PE.....	56
Figura 6 -	Hormônios à flor da pele.....	62
Figura 7 -	Gênero e sexualidade.....	69
Figura 8 -	No urologista.....	78
Figura 9 -	Lutar é a melhor resposta.....	84
Figura 10 -	Enfrentando o banheiro.....	107
Figura 11 -	O dia a dia da transição.....	191

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Teses e dissertações relacionadas ao tema da Transexualidade/Travestilidade no PPGSS-UFPE.....	22
Gráfico 2 -	Fila de Espera do Espaço Trans/UFPE – Cidades Pernambucanas com mais de 10 usuárias(os).....	33
Gráfico 3 -	Total de Pessoas que Passaram no Serviço e em Atendimento no Espaço Trans/UFPE no período de setembro de 2013 a outubro de 2022.....	40
Gráfico 4 -	Procedimentos Cirúrgicos da População Ativa no Serviço.....	41
Gráfico 5 -	Origem das(os) usuárias(os) ativas(os) no Espaço Trans/UFPE (%)	52

LISTA DE SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Antra	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
Beta HCG	Exame indicado em casos de suspeita de gravidez
BSH	Brasil sem Homofobia
CadSUS	Sistema de cadastramento de usuários do SUS
CadÚnico	Cadastro Único
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECH	Centro Estadual de Combate à Homofobia
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cisam	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
COVID	Doença do Coronavírus
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRAIST	Centro de Referência para Atenção Integral em Saúde Transespecífica
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ET	Extraterrestre
EUA	Estados Unidos da América
Funase	Fundação de Atendimento Socioeducativo
GGB	Grupo Gay da Bahia
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTAC	Homem Trans da Alta Complexidade
HTBC	Homem Trans da Baixa Complexidade
HTMC	Homem Trans da Média Complexidade
IBRAT	Instituto Brasileiro de Transmasculinidades
ILGA	Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQIAP+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e Pansexuais
LGBTfobia	Aversão a pessoas LGBTQIAP+
MTAC	Mulher Trans da Alta Complexidade
MTBC	Mulher Trans da Baixa Complexidade
MTNBAC	Mulher Trans Não Binária da Alta Complexidade
ONG	Organização Não Governamental
PAC	Profissional da Alta Complexidade
PBC	Profissional da Baixa Complexidade
PBSH	Programa Brasil sem Homofobia
PMC	Profissional da Média Complexidade
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição do HIV
PTT	Pessoas Trans e Travestis
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
SEGTES	Secretaria Executiva da Gestão no Trabalho e Educação na Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	DE ONDE FALO E COMO CHEGUEI ATÉ AQUI.....	16
1.1	O TÍTULO DA PESQUISA.....	16
1.2	TERRITORIALIZANDO A PESQUISA (DORA).....	18
1.3	SITUANDO O LUGAR DO SERVIÇO SOCIAL NA TEMÁTICA TRANS E TRAVESTI.....	21
1.4	E, COMO SITUAR O SERVIÇO SOCIAL E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT, CONSIDERANDO O “NOVO NORMAL”?.....	23
1.5	O DESPERTAR DA TEMÁTICA TRANS E TRAVESTI.....	27
1.6	O ESPAÇO DE ACOLHIMENTO E CUIDADO DE PESSOAS TRANS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (ESPAÇO TRANS/UFPE).....	31
1.7	O COTIDIANO DE TRABALHO NO ESPAÇO TRANS/UFPE: O DIÁLOGO COM O REAL.....	35
1.8	AQUECENDO AS INDAGAÇÕES EM TORNO DO OBJETO DE ESTUDO.....	46
1.9	TRILHAS METODOLÓGICAS DA INVESTIGAÇÃO.....	58
1.10	O TRABALHO DE CAMPO.....	59
1.11	CORPUS DA PESQUISA.....	61
2	CONTEXTUALIZANDO OS TENSIONAMENTOS À LEGITIMAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS TRANS E TRAVESTIS.....	63
2.1	A DESPATOLOGIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA UMA SAÚDE INTEGRAL E EQUÂNIME.....	63
2.2	SUJEITAS(OS) TRANS E TRAVESTIS E OS DESAFIOS POR (RE)EXISTÊNCIA.....	69
2.3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO HORIZONTE DE CIDADANIA.....	79
3	A DINÂMICA SOCIETÁRIA NO BRASIL E NO MUNDO OCIDENTAL E SUAS REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE TRANS E TRAVESTI.....	85
3.1	OS DESAFIOS DA REALIDADE BRASILEIRA À SAÚDE DE PTT.....	85
3.2	AS SINALIZAÇÕES DA CONTEMPORANEIDADE OCIDENTAL À EFETIVIDADE DA SAÚDE DE PTT.....	95

4	A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT NOS SERVIÇOS DE MÉDIA, ALTA E BAIXA COMPLEXIDADES DE RECIFE/PE.....	108
4.1	A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT NA VISÃO DAS(OS/ES) TRABALHADORAS(OS/ES) DE RECIFE/PE.....	109
4.1.1	Acolhimento da demanda.....	113
4.1.2	A equipe multiprofissional.....	118
4.1.3	Grupos como modalidade assistencial.....	121
4.1.4	A formação das equipes técnicas.....	125
4.1.5	Aprendizados no cotidiano de trabalho.....	131
4.1.6	Referência e contrarreferência.....	135
4.1.7	Desafios institucionais.....	149
4.2	A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT NA VISÃO DAS(OS/ES) USUÁRIAS(OS/ES) DE RECIFE/PE.....	152
4.2.1	Problemáticas e potências nos trânsitos de usuárias(os/es) pelos serviços de saúde de Recife/PE.....	152
5	CONCLUSÕES.....	191
5.1	SOBRE O ACESSO À REDE DE SAÚDE EM RECIFE/PE.....	191
5.2	O QUE AGREGOU A PESQUISA À PRÁTICA PROFISSIONAL.....	202
	REFERÊNCIAS.....	204
	APÊNDICE A – PERFIL DAS(DOS/ES) PARTICIPANTES.....	211
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	213

1 DE ONDE FALO E COMO CHEGUEI ATÉ AQUI

1.1 O TÍTULO DA PESQUISA

O título “*E EU NÃO SOU UMA PESSOA?*”: *a assistência à saúde de pessoas Trans e Travestis* foi inspirado no livro da escritora negra e ativista Bell Hooks¹, “E eu não sou uma mulher? mulheres negras e feminismo”, obra de grande magnitude que nos aponta elementos centrais para pensarmos questões ligadas à saúde de pessoas trans e travestis² (PTT). Nesta obra, a autora fundamenta a dupla exclusão da militância de mulheres negras das lutas das mulheres brancas e dos homens negros. No caso das mulheres brancas, por não pautarem o racismo nas lutas contra o sexismo; e dos homens negros, por não pautarem o sexismo nas lutas contra o racismo. Sob uma perspectiva interrelacional, a autora consegue mostrar que a opressão sexista e racista impacta de maneira diferente no *status* social de mulheres negras, em relação às mulheres brancas e aos homens negros (Hooks, 2014). Com isso, nos alerta para o fato de que, para uma interpretação multicêntrica do real se faz imprescindível considerar a heterogeneidade das(os)³ sujeitas(os) em seus processos de subjetivação/objetivação.

O título do livro de Bell Hooks, no entanto, não é inaugural. Foi uma derivação da experiência de outra mulher negra que lhe antecedeu na luta feminista. Trata-se de Sojourner Truth⁴, uma feminista abolicionista afro-americana do século XIX que, através da célebre frase: “Ain’t a Woman?” (E eu não sou uma mulher?) conseguiu chamar atenção para a exclusão das mulheres negras das pautas feministas de sua época.

¹ Gloria Jean Watkins, mais conhecida pelo pseudônimo Bell Hooks, foi uma autora, professora, teórica feminista, artista e ativista antirracista estadunidense. Hooks publicou mais de trinta livros e numerosos artigos acadêmicos, apareceu em vários filmes e documentários, e participou de várias palestras públicas. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Bell_hooks.

² Com base na definição de Bento (2008), poderíamos dizer que PTT corporificam experiências identitárias que se conflituam com as normas de gênero, sobretudo, quando reivindicam o seu reconhecimento social e legal e assumem publicamente a divergência do gênero informado no nascimento (Bento, 2008). Isso traz como consequência, a deslegitimação da sua condição humana e sociopolítica.

³ O destaque para os artigos *a* (*o*) neste trabalho se ancora na luta feminista contra o *androcentrismo da ciência* que reivindica a existência do feminino na produção do saber e da linguagem, sem, no entanto, deixar de reconhecer que essas formas gramaticais não totalizam as possibilidades de vivências com o gênero e a sexualidade humanas.

⁴ Sojourner Truth foi uma abolicionista e ativista dos direitos das mulheres afro-americanas. Truth nasceu escravizada em Swartekill, Nova York, mas escapou com sua filha pequena para a liberdade em 1826. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Sojourner_Truth. Com a sua célebre frase, Sojourner conseguiu deflagrar a importância da interseccionalidade na interpretação dos fenômenos sociais, comunicando ao movimento feminista a generalização do lugar da branquitude como o lugar de todas as mulheres.

Passados 30 anos da reflexão de Bell Hooks, sem falar da trajetória secular de Sojourner Truth, Carneiro (2011) faz ponderação similar, mostrando o quanto esta questão tem conseguido atravessar os tempos, reiterando-se como uma necessidade premente:

... O atual movimento de mulheres negras, ao trazer para a cena política as contradições resultantes da articulação das variáveis de raça, classe e gênero, promove a síntese das bandeiras de luta historicamente levantadas pelos movimentos negros e de mulheres do país, enegrecendo de um lado, as reivindicações das mulheres, tornando-as assim mais representativas do conjunto das mulheres brasileiras, e, por outro, promovendo a feminização das propostas e reivindicações do movimento negro (Carneiro, 2020, p. 3).

Brito (2016), num estudo sobre as opressões de mulheres negras transexuais e travestis na educação superior, reitera a tripla subalternização (mulher, trans, negra) que atinge estas mulheres, também ofuscadas pela centralidade do debate nos lugares humanamente hierarquizados, ocupados por mulheres brancas/cisgêneras⁵ e homens negros:

A invisibilização da mulher trans negra pode ser compreendida como um problema de subinclusão, pois por ser trans e negra as discriminações de identificação de gênero e racial não são compreendidas enquanto um problema de gênero por não atingirem as mulheres dos grupos dominantes (brancas e cisgêneras), sendo igualmente ignoradas no grupo étnico-racial ao qual estão inseridas, por não alcançarem os homens negros. (...) Por tratar-se de uma múltipla discriminação, percebe-se o risco de somente o aspecto mais imediato da discriminação ser percebido e a estrutura que coloca essas mulheres na posição de “receber” tal subordinação permanecer velada (...) (Brito, 2016, p. 20-22).

As autoras precisaram se valer de uma reflexão capilar para conseguir situar a história de exclusão das mulheres, em suas várias inserções, conferindo-lhes uma maior equidade teórico-metodológica para alcançar as sociabilidades que foram silenciadas em suas existências, lutas e resistências. Nestes termos, falar de PTT é, sobretudo, empreender uma abordagem capaz de visibilizar os multideterminantes de subjetividades que vivenciam processos de negação humana, articulando suas particularidades com as mediações que estruturam os complexos sistemas de opressão e exploração social.

O título que nomeia este estudo busca resgatar uma luta abissal contra a histórica objetificação e desumanização de sujeitas(os) marcadas(os) para estarem fora dos espaços formais de produção do conhecimento e de produção da vida. Significa dizer que para situar as existências trans e travestis nos trânsitos pelos serviços de saúde não basta, apenas, retratar um percurso. É preciso, sobretudo, tensionar as estruturas de poder na interdição de vidas que desestabilizam “verdades” sobre o corpo e a sexualidade. Pretende-se instigar a nossa atenção

⁵ Cisgeneridade é uma expressão usada para fazer menção às pessoas que declaram o gênero em conformidade com o sexo designado no nascimento, sendo considerado o lugar da “normalidade” social.

para questões, como: *O que é ser uma pessoa nessa ordem em que vivemos? Como pessoas podem se tornar “não pessoas”?* Muito mais do que ensinar respostas, buscamos lançar no horizonte o desejo de aquecer as nossas inquietações.

A escolha de *Pessoas Trans e Travestis* (PTT) para o estudo decorreu da condição de Assistente Social do Espaço de Acolhimento e Cuidado de Pessoas Trans da Universidade Federal de Pernambuco (Espaço Trans/UFPE)⁶, lócus inaugural da motivação em tela. O que não significa deixar de reconhecer que existe uma multiplicidade de experiências envolvidas com o corpo, e, que também, precisam de visibilidade no espaço acadêmico.

Desbravar nuances capazes de dar concretude à existência de sujeitas(os) ativamente implicadas(os) no processo de produção do conhecimento é algo precípuo no caminho aqui pretendido. Neste sentido, começo situando a minha existência, fortemente marcada pelo amálgama entre pessoa e profissional, que a cada dia se percebe nas transformações possibilitadas pelo exercício profissional.

1.2 TERRITORIALIZANDO A PESQUISA (DORA)

O interesse em pesquisar a temática Trans e Travesti, enquanto mulher cisgênera/heterossexual⁷ e, portanto, simétrica com as normatizações socialmente impostas ao corpo, veio da oportunidade de criticizar a moral tradicional e entender a urgência da transformação das hierarquias que ocultam profundas violências e exclusões contra sujeitas(os) negadas(os) em sua humanidade. Foi também nessa experiência que pude reinterpretar o meu lugar no mundo como mulher solteira, não branca, com dupla vinculação trabalhista e domiciliada em uma periferia urbana. Entendo que estes lugares me situam em condições de privilégio, como também de desvantagens, a partir da dinâmica sociohistórica dos determinantes que consolidam e reinventam as desigualdades em nossa sociedade.

Outro aspecto que circunscreve esta pesquisa, se refere à valorização da produção científica do eixo Norte/Nordeste, no sentido de dar visibilidade às experiências, a partir do lugar onde elas acontecem. Isso remete à necessidade de se pôr em diálogo o pensamento clássico e as produções fundamentadas na nossa dinâmica sociohistórica, que, devido ao processo de imperialização do conhecimento, não têm tido espaço de valorização na ciência

⁶ O Espaço de Acolhimento e Cuidado de Pessoas Trans da Universidade Federal de Pernambuco (Trans/UFPE) foi credenciado pelo Ministério da Saúde como um dos Centros de Referência do Brasil na operacionalidade do Processo Transsexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria SAS/MS nº 1.055, de 13 de outubro de 2014.

⁷ De maneira geral, a heterossexualidade está relacionada com o exercício da sexualidade, e/ou a atração sexual entre pessoas de gêneros diferentes, ou sexos diferentes.

moderna. O sentido latinizante do debate vai na ideia de situar-se localmente sem, no entanto, perder a mediação com a totalidade social, buscando conexões entre os fenômenos da vida cotidiana e os condicionantes estruturais e conjunturais que permeiam a política de saúde para PTT.

Refletindo sobre os tensionamentos teóricos que permeiam a história das sociedades latino-americanas, a filósofa, antropóloga e feminista negra Lélia Gonzalez (2020) diz do quanto a fragmentação teórica tem interditado as chances de organização da luta revolucionária:

O debate em torno do “dualismo estrutural” (sociológico e econômico) das formações periféricas, por exemplo, não se apercebe de que, num sistema cujas partes apresentam contradições estruturais que o ameaçam, a manutenção do equilíbrio consiste exatamente em minimizar a interdependência dessas partes, em fragmentar de certo modo o conjunto (...) (Gonzalez, 2020, p. 29).

Nesse hiato analítico, sugerido pela autora, para fragmentar as possibilidades de resistência, Gonzalez (2020) destaca a indispensabilidade da raça no debate teórico ocidental:

Diferentes posicionamentos teóricos vêm buscando explicar a situação da *população de cor* (negros e mulatos) em nosso país, na medida em que tal situação se traduz numa participação mínima nos processos político, econômico e cultural. Apesar da seriedade dos teóricos brasileiros, percebe-se que muitos deles não conseguem escapar às astúcias da razão ocidental. (...) Seu “distanciamento científico” quanto ao seu “objeto” (isto é, o negro e o mulato) revela, na realidade, a necessidade de tirar de cena um dado concreto fundamental: *enquanto brasileiros, não podemos negar nossa ascendência negra/indígena, isto é, nossa condição de povo de cor.* (...) (Gonzalez, 2020, p. 31).

Reflexões como as do teórico marxista e militante negro Clóvis Moura (2019) também nos representa, quando traz a ideia de que: “o absenteísmo científico transforma-se em indiferença pelos valores humanos em conflito. E, com isso, o negro é transformado em simples objeto de laboratório” (Moura, 2029, p. 34).

Discutindo a história da mulher negra na América Latina, Carneiro (2020) dá visibilidade ao racismo como elemento que atua junto à opressão de gênero:

é possível afirmar que um feminismo negro, construído no contexto de sociedades multirraciais, pluriculturais e racistas – como são as sociedades latino-americanas – tem como principal eixo articulador o racismo e seu impacto sobre as relações de gênero, uma vez que ele determina a própria hierarquia de gênero em nossas sociedades (Carneiro, 2020, p. 2).

Ao defender a equidade teórica entre racismo e gênero no debate feminista, Carneiro (2011) adensa que a universalização do gênero por parte de correntes hegemônicas tem subalternizado a experiência das mulheres negras:

As mulheres negras assistiram, em diferentes momentos de sua militância, à temática específica da mulher negra ser secundarizada na suposta universalidade de gênero. Essa temática da mulher negra invariavelmente era tratada como subitem da questão geral da mulher, mesmo em um país em que afrodescendentes compõem aproximadamente metade da população feminina (...) (Carneiro, 2011, p. 121).

É contundente na leitura de Carneiro (2020) o quanto a supressão do racismo colabora para não o associar à opressão na vida das mulheres negras:

... As mulheres negras tiveram uma experiência histórica diferenciada que o discurso clássico sobre a opressão da mulher não tem reconhecido, assim como, não tem dado conta da diferença qualitativa que o efeito da opressão sofrida teve e, ainda, tem na identidade feminina das mulheres negras (Carneiro, 2020, p. 1).

Como se vê, a consolidada produção latino-americana nos oferece uma vasta condição para contar essa história, valorizando as particularidades do nosso lugar de opressão e exploração. Preâmbulo que visa chamar atenção para o fato de que a leitura da realidade, no que tange à sua complexidade, não pode ficar restrita às questões objetivas. Há uma subjetividade que sustenta a reprodução do sistema e que funciona como elemento substancial, em especial, nessa conjuntura. O protagonismo do movimento feminista, no contexto do debate político e epistemológico do corpo, tem auxiliado na transcendência da narrativa de que as(os) sujeitas(os) são subjetividades independentes, apartadas da realidade em suas múltiplas determinações:

O entendimento dessa sociedade exige compreender que as classes sociais não são meras abstrações, mas sim, relações sociais que envolvem antagonismos inscritos em uma materialidade de corpos reais, que possuem sexo/sexualidade, raça/etnia (Cisne, 2018, p. 213)⁸.

Uma outra reflexão sobre a materialidade dos corpos pode ser encontrada em Raewyn Connell (2016), uma socióloga australiana e mulher trans que complexifica o debate de gênero mostrando a importância desta categoria na estruturação da vida em sociedade:

Compreendo o gênero primariamente como uma estrutura, uma dimensão central de nossa vida social (...). Práticas sociais não acontecem sem corpos. (...) O gênero é corporificado, (...). Mas corpos humanos não existem fora da sociedade (...). O gênero, pode-se dizer, é especificamente uma questão de corporificação social. Tecnicamente, o gênero pode ser definido como a estrutura de práticas reflexivas do corpo por meio das quais corpos sexuais são posicionados na história (Connell, 2016, p. 16-17).

⁸ Estamos adotando a concepção de Cisne (2018) sobre a materialidade dos corpos reais para defender a ideia de que a classe não tem um sentido genérico sem, no entanto, deixar de reconhecer que as tendências teóricas não partilham de uma mesma concepção de corporeidade. No presente estudo, se faz imprescindível garantirmos um debate que traduza as experiências de opressão e exploração das(os) sujeitas(os) em tela, a partir da equivalência entre gênero, sexualidade, raça, classe e território.

As produções no campo LGBTQIAP+⁹ adensam esse debate com a vasta produção na América Latina e no mundo, e se tornam essenciais ao desvelamento crítico-analítico proposto. Não podemos desconsiderar o fato de que, nessa ordem social, os lugares de poder não dão conta de pessoalidades objetificadas e sem lugar de vez e voz. O estudo sai em busca dessa corporeidade, negada na trama da vida em sociedade. Pleiteia a equivalência das categorias classe, gênero, raça e território, tomando por base a heterogeneidade que compõe esse dinâmico e contraditório mosaico de vivências e reincidências, e que fazem do real um eterno devir.

1.3 SITUANDO O LUGAR DO SERVIÇO SOCIAL NA TEMÁTICA TRANS E TRAVESTI

Pela sua formação crítico-emancipatória, o Serviço Social tem muito a contribuir no desvelamento dos condicionantes estruturais e conjunturais que atravessam a questão da transexualidade e da travestilidade no acesso às políticas de saúde. Significa transcender a questão meramente identitária para alcançar um contexto de mediações com a dinâmica societária. As mediações aqui propostas estão submetidas à teoria crítica e assumem o desafio de se elevar às análises generalistas para incorporar um conhecimento antenado com as singularidades das(os) sujeitas(os) em tela.

Para avançarmos nessa direção teórico-metodológica é imprescindível que o Serviço Social intensifique a sua produção no campo da diversidade humana, respaldando as(os) profissionais a desenvolverem uma prática em consonância com os princípios ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos da profissão. Almeida (2012), professor adjunto da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em seu estudo exploratório sobre Homens Trans, reconhece a importância da produção do conhecimento sobre a transexualidade na luta contra a violação dos Direitos Humanos:

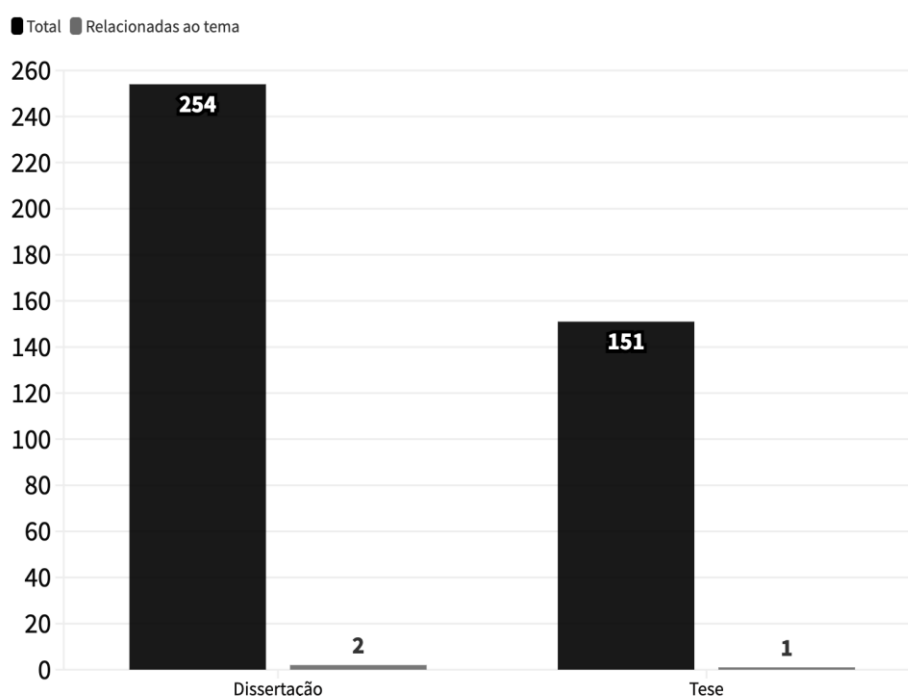
Meu ponto de partida é o de alguém que, próximo de diferentes “experiências trans”, deseja submetê-las à crítica, condição necessária para que a produção de conhecimento cresça. A reflexão é fundamental para elaborar politicamente o enfrentamento das violações aos direitos humanos

⁹ A sigla LGBT estará sendo utilizada, apenas, para autodenominar serviços especializados no atendimento desta população e no manuseio bibliográfico de textos e documentos centrais da trajetória LGBT na luta por políticas públicas. Contudo, adotaremos a sigla LGBTQIAP+ por reconhecer a incorporação de novas(os) sujeitas(os) na cena política, sobretudo, nas pautas de saúde, além de acatar a recomendação do parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPE/Ebserh.

que acompanham as trajetórias dos que transcendem os limites do binarismo fundado no processo de redesignação sexual pela aparência dos órgãos genitais que acompanha (e, algumas vezes, precede) o nascimento. É o caso de intersexuais e, sem dúvida, de transexuais (Almeida, 2012, p. 514).

Em que pese a importância desse endosso, o que se observa no gráfico a seguir, no tocante ao Serviço Social, é que esta ainda não é uma realidade, quando tomamos o repositório do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE¹⁰ (PPGSS/UFPE) como referência da nossa observação.

Gráfico 1 - Teses e dissertações relacionadas ao tema da Transexualidade/Travestilidade no PPGSS - UFPE



Fonte: Repositório do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE (2022).

No período de 2003 a 2020, e, portanto, ao longo de 17 anos, tivemos um total de 254 dissertações e 151 teses. Das 254 dissertações, apenas 37 trataram o tema da diversidade humana. Destas, só duas trouxeram a temática da transexualidade/travestilidade, sendo, inclusive, procedentes do Espaço Trans/UFPE. Das 151 teses, apenas 24 fizeram referência ao tema da diversidade humana e, somente, 1 tratou do tema da transexualidade/travestilidade, o que só corrobora a importância desta pesquisa.

A inserção do Serviço Social na temática da diversidade humana, no entanto, não se traduz, apenas, pela escassa produção intelectual, observada no repositório do PPGSS/UFPE.

¹⁰ Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/347>.

No que tange às PTT, merece destaque a Resolução n. 845, de 26 de fevereiro de 2018, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), quando estabelece parâmetros para a atuação do Serviço Social junto ao processo transexualizador:

Art. 1º As(Os) assistentes sociais deverão contribuir, no âmbito de seu espaço de trabalho, para a promoção de uma cultura de respeito à diversidade de expressão e identidade de gênero, a partir de reflexões críticas acerca dos padrões de gênero estabelecidos socialmente. (...)

Art. 4º A atuação da(o) assistente social deve se pautar pela integralidade da atenção à saúde e considerar as diversas necessidades das(os) usuárias(os) e o atendimento a seus direitos tendo em vista que esse acompanhamento não deve ser focalizado nos procedimentos hormonais ou cirúrgicos (CFESS, 2018).

Ao deliberar sobre a atuação do Serviço Social no processo transexualizador, a resolução traz algumas considerações que são fundamentais para uma intervenção livre de preconceitos:

Considerando que a construção de uma sociedade radicalmente justa e democrática sem preconceitos de origem, raça, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação é princípio inscrito no Código de Ética do(a) Assistente Social; **Considerando** que os direitos da livre orientação sexual e livre identidade de gênero constituem direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), no sentido de assegurar o pleno exercício da cidadania e a saúde integral da população LGBT (...) (CFESS, 2018).

Nesses termos, podemos dizer que a livre orientação sexual e a livre identidade de gênero constituem direitos humanos fundamentais à saúde integral da população LGBT, o que vem a fortalecer as intenções desta pesquisa. Além de fomentar a criticização do debate sobre a política de assistência à saúde de PTT junto à categoria, este estudo poderá representar uma importante estratégia política e epistemológica no âmbito do Serviço Social, no que tange à diversidade humana.

1.4 E, COMO SITUAR O SERVIÇO SOCIAL E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT, CONSIDERANDO O “NOVO NORMAL”?

Os desafios socio sanitários que já marcavam significativamente a trajetória de PTT na luta por cidadania, agora, se somam à pandemia do Covid-19, evento de abrangência mundial, e com capacidade de impactar estruturalmente a operacionalidade das políticas públicas, trazendo sérias consequências à saúde e à vida destas pessoas. Benevides (2022), pesquisando problemáticas que assolam pessoas LGBTQIAP+, reflete a pandemia como mais um dos grandes desafios a serem enfrentados por esta população:

Com a continuidade da pandemia, sem que houvesse qualquer tipo de ação pensada para mitigar o impacto da crise provocada pelo coronavírus junto à população LGBTQIA+, agravada pela má gestão do governo federal, o aumento da fome e do desemprego, a dificuldade de acesso e encerramento de auxílios governamentais, vimos o Brasil afundar ainda mais dentro os escombros em que já se encontrava. E para muitas pessoas, a escassez de oportunidades impõe desafios ainda maiores. Um nível de pobreza multidimensional, muitas vezes, leva as pessoas a cometer delitos e a fome não pode ser tratada como um problema criminal (Benevides, 2022, p.45).

A reflexão chama atenção para o fato de que a fome, o desemprego e a falta de acesso são peças de uma mesma engrenagem que, somadas à pandemia, reeditam os processos de violação contra pessoas produzidas socialmente para serem alvos funcionais do sistema. Situando a realidade brasileira, Matos (2021) vai refletir a pandemia inter-relacionando a dinâmica social com a heterogeneidade da classe trabalhadora:

Como sabemos, o capitalismo é um sistema planetário que se desenvolve diferenciadamente em cada região. No Brasil, as particularidades mostram uma enorme desigualdade entre as classes fundamentais. Os estratos com rendimentos mais baixos da classe trabalhadora são submetidos ao trabalho informal, intermitente, acessando pendularmente ou não a política de assistência social e morando em condições marcadas pela insalubridade. (...) Esse segmento, junto com os trabalhadores/as formais de baixa renda, é, na sua maioria, composto por mulheres, jovens e negros/as, que pelas características de sua inserção no mercado de trabalho não estão podendo realizar o seu trabalho remotamente (...) (Matos, 2021, p. 27).

Seguindo a análise, o autor realça a importância das especificidades das(os) sujeitas(os) na compreensão dos processos de adoecimento e morte, ocasionados pela pandemia:

a população negra, nesse país, está morrendo mais porque é, na sua maioria, a que tem trabalhos e, consequentemente, condições de vida mais precarizados, fazendo com que tenha já desenvolvido mais comorbidades e enfrente a exposição à Covid-19 com dificuldades de cumprir as orientações de higienização, isolamento e quarentena, pois isso custa dinheiro (...) (Matos, 2021, p. 27).

Ao que se percebe, estamos diante de uma crise sanitária de grandes proporções, o que torna o SUS primordial às medidas de promoção, prevenção e controle da saúde. Nesse aspecto, Matos (2021) faz uma análise sobre a devastação da saúde pública e o quanto isso aumenta o nível de precarização da população submetida a processos de exclusão, e que depende essencialmente do SUS para o atendimento de suas demandas:

O governo Bolsonaro aprofunda o desmonte em curso do Sistema Único de Saúde, dando continuidade ao desfinanciamento, as parcerias público-privadas e, ainda, extinguiu o Programa Mais Médicos, com a suspensão da contratação de profissionais cubanos/as, o que propiciou que diversas regiões – seja do interior como da periferia das grandes cidades – ficassem sem atendimento para a população (Matos, 2021, p. 30).

Em tempos de desmontes do SUS, Matos (2021) não deixa de complexificar a

realidade, situando a ideologia fascista como mais uma estratégia de negação e eliminação da diversidade humana:

o fascismo ganha espaço devido à incapacidade da classe trabalhadora organizada em enfrentar a crise e tomar o poder. Tem um caráter de massas com apelo à pequena burguesia e sua ideologia coloca a nação acima dos interesses e contradições das classes, com recurso ao racismo, contrário a qualquer expressão da diversidade humana que caminhe em direção contrária ao padrão dominante definido, onde a repressão não é suficiente, sendo necessário a eliminação do diferente. Na defesa desse nacionalismo, recorre às forças armadas, formais e milicianas, com uso da violência. Afinal, uma vez no poder o fascismo defende um regime totalitário, sem liberdades democráticas (Matos, 2021, p. 29).

São reflexões que, sem dúvida, traduzem a complexidade dos processos que desafiam a prestação da assistência à saúde de PTT. Neste âmbito, merecem destaque as(os) trabalhadoras(es) que estiveram na linha de frente da pandemia, ora acometidas(os) pela doença, ora afetadas(os) pelos adoecimentos e mortes de familiares e amigas(os). Contingente que sofreu redução, mas, sem possibilidades de reposição, devido à escassez de concursos públicos. O que distancia substancialmente as chances de ampliação das equipes de saúde, secundarizando as possibilidades de avanços na qualificação da assistência prestada.

Não podemos deixar de considerar que a pandemia também atravessou o caminho do Serviço Social e que repercutiu fortemente no trabalho profissional. É preciso agregar a esse complexo caldo os desafios que se colocaram à profissão. A gestão do CFESS (2020) emitiu uma nota no sentido de orientar as(os) assistentes sociais, abrindo com uma análise sobre as macro determinações da Covid-19:

A pandemia da Covid-19 consiste em uma crise sanitária que se soma à crise do capital, que já vinha sendo vivenciada mundialmente, o que catalisou e escancarou as desigualdades estruturais, assim como as dificuldades de atendimento à população com o recorrente desmonte e desfinanciamento das políticas sociais pelo projeto neoliberal (...) a crise do capital, dessa vez somada à sanitária, ocasiona proposições de mudanças na organização das políticas públicas e modificações no mundo do trabalho, que visam a recuperar as taxas de lucro do capital e repercutem de modo perverso nas condições de vida e trabalho da população e de categorias profissionais, ou seja, do conjunto da classe trabalhadora (...) (CFESS, 2020, p. 1).

São desafios que requerem um maior centramento, para que possamos garantir a análise da realidade em suas múltiplas dimensões. Uma questão importante é o reconhecimento das reais demandas da população usuária, e a aliança com a rede de serviços para efetivação das estratégias de enfrentamento.

Um dos redirecionamentos trazidos pelo coronavírus ao trabalho do Serviço Social, nos vários espaços sócio-ocupacionais, foi a inevitável adoção da virtualidade como meio exclusivo de atendimento ao público-alvo. Esta medida, estabelecida pelas autoridades

sanitárias, visava promover o isolamento social para reduzir as chances de contágio, ao mesmo tempo em que potencializava as tendências privatistas dos serviços públicos. É o que mostra o CFESS (2020), nas reflexões sobre o *teletrabalho ou trabalho remoto*:

A defesa do seu uso no serviço público é apresentada como elemento para modernização, aumento de produtividade e, inclusive, como algo benéfico aos/às trabalhadores/as. Contudo, para nós, é diametralmente o oposto. Parece-nos algo que se soma à defesa da privatização dos serviços públicos, apreendido como algo eficaz a ser copiado das empresas privadas, em uma lógica gerencialista, sem se preocupar com os impactos sobre a qualidade do serviço prestado (CFESS, 2020, p. 4 [grifo do autor]).

As questões de raça, gênero e classe vão, nesse contexto, orquestrando os mecanismos que estruturam e atualizam os sistemas de opressão e exploração social. No documento, o CFESS (2020) faz menção ao caso das mulheres, em função do acirramento das desigualdades na divisão sexual do trabalho:

No que se refere às condições de trabalho, há que se considerar a intensificação do trabalho feminino e aprofundamento da desigual divisão sexual do trabalho, refletindo sobre a particularidade de as mulheres realizarem esse trabalho no ambiente doméstico, mesmo lugar em que já possuem múltiplas tarefas socialmente impostas (...) (CFESS, 2020, p. 5).

As questões de gênero também afetaram a condição de vida e de trabalho das(os) assistentes sociais, na medida em que esta categoria é formada por uma maioria de mulheres. Aspecto reconhecido por Matos (2020), ao refletir sobre a profissão no contexto da pandemia:

A pertinência de se tensionar para a redução da jornada de trabalho não é algo acessório em nossa profissão, visto o fato de ser a profissão majoritariamente composta por mulheres que (...) ainda são, na sua ampla maioria, as responsáveis pelo cuidado com as pessoas em que convivem e pela limpeza da casa. Assim, em tempos de escolas fechadas, de expressas orientações para que a população idosa não saia de casa, de suspensão do trabalho das trabalhadoras domésticas e diaristas, há uma tendência de sobrecarga (...) (Matos, 2020, p. 5).

A contemporaneidade pandêmica lança inúmeros desafios à atuação do Serviço Social, tensionando a sua consonância com o Código de Ética Profissional. Contudo, em sua nota, o CFESS (2020) chama atenção para o que não podemos deixar de considerar no cotidiano de trabalho:

o trabalho de assistentes sociais não se limita à orientação procedimental para acesso à direitos e políticas sociais, mas envolve práticas educativas e reflexivas acerca da importância da organização política no contexto das relações sociais de produção e reprodução social (...) (CFESS, 2020, p. 8).

Em que pese o raio de devastação da pandemia é, sem dúvida, com a população usuária que fica o maior ônus. A coronavírus monopolizou os recursos investimentos financeiros, deixando desassistidas outras demandas de saúde. A condição remota da assistência trouxe, entre outros, a suspensão das atividades ambulatoriais e cirúrgicas, com

ampliação dos tempos de espera. As PTT, que já viviam num processo de exclusão, tiveram que arcar com a precarização do sistema de saúde, em todos os seus níveis de complexidade, contexto que amplia, significativamente, a necessidade de um alinhamento teórico-político profissional com a temática em tela.

Mas, como de fato, se deu a inserção na temática trans e travesti, no que tange à antecedência desse marco temporal? É o que falarei a seguir, mostrando como esta trajetória vai paulatinamente agregando novos horizontes de percepção da realidade, em suas macro e micro dimensões.

1.5 O DESPERTAR DA TEMÁTICA TRANS E TRAVESTI

Os desafios de compreender e atuar nesta temática não começaram com a implementação do Espaço Trans/UFPE, em outubro de 2014. O seu desfecho se deu em meados de 2010, ocasião em que atuei no serviço de ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) recepcionando as mulheres que foram submetidas à cirurgia de constituição de uma vagina, e, que vinham em busca de rede ambulatorial pós-operatória, como também, a nova demanda de mulheres pela cirurgia. Na enfermaria, fazia o acompanhamento das mulheres que se encontravam no pós-operatório imediato.

Antes do Espaço Trans/UFPE havia um serviço de ginecologia que operava mulheres trans, em caráter experimental, antecedente à Portaria do Processo Transexualizador¹¹, implementada em 2008 e reeditada em 2013. A cirurgia era conduzida por um ginecologista, que fazia o procedimento após 02 anos de acompanhamento psicológico, período determinado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução de n. 1.482 de 1997.

Como se tratava de um público inovador no campo profissional, passei a priorizar a escuta e, nesse processo, identifiquei um ponto de conexão para a intervenção do Serviço Social, quando percebi um profundo desejo destas mulheres em retificar o nome civil, em meio ao desconhecimento sobre os caminhos para o acesso por via pública. A questão do registro civil fomentou uma articulação do Serviço Social com a Promotoria de Direitos

¹¹ A Portaria GM/MS n.º 1.707, de 18 de agosto de 2008, institui o processo transexualizador no SUS (Sistema Único de Saúde), sendo reorientada pela portaria SAS/MS n. 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador, estabelecendo suas diretrizes de funcionamento. A Portaria foi fruto de vários esforços do movimento social e é um marco no reconhecimento de direitos a essa população. Nela, entre outras, estão previstas intervenções ambulatoriais e cirúrgicas para transformações corporais, consoantes com a autodenominação das(os) sujeitas(os).

Humanos do Ministério Público de PE, onde, lá, além de saber que existia o Centro Estadual de Combate à Homofobia (CECH) como porta de entrada desta demanda, tomei conhecimento sobre as várias denúncias por parte do movimento social e de mulheres trans operadas no HC/UFPE acerca dos problemas com o atendimento.

Problemáticas que chegaram a ser elencadas por usuárias no cotidiano profissional, tais como: posturas de enquadramento normativo sobre o que é ser mulher, a falta de rede ambulatorial para terapias hormonais e acompanhamentos pós-cirúrgicos. Revelações que foram bem historicizadas no relato de Tenório; Livadias; Vieira (2017) sobre a trajetória do atendimento às mulheres trans no HC/UFPE:

O estado de Pernambuco possuía uma experiência de realização de cirurgias de transgenitalização em mulheres transexuais desde 2001, no Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) (...) O movimento social e várias pessoas do segmento trans qualificavam essas experiências como negativas, alegando falta de humanização e integralidade no atendimento, desrespeito ao nome social, cirurgias sem acompanhamento pós-operatório, cirurgias de neovaginas precisando de correções e sem terem a demanda acolhida, dificuldade de obter informações e acesso restrito a um ínfimo de menos de 25 pessoas trans acolhidas em 10 anos de existência de atendimento (Tenório; Livadias; Vieira, 2017, p. 114).

São questões que retratam uma clara violação do direito à saúde e a necessidade premente de intervenções que tenham por base o acesso a serviços e políticas sintonizadas com as demandas desta população. Neste sentido, ao saber que existia uma porta de entrada na rede pública para a demanda de retificação do registro civil, resolvi ir ao prontuário das mulheres operadas para localizar informações de contato e proceder com o encaminhamento da demanda ao CECH. É importante ressaltar que esse caminho não foi muito fácil, já que a equipe assistente não era muito receptiva às interferências externas, o que pude perceber quando precisei localizar o prontuário das usuárias operadas para proceder com as intervenções demandadas do acompanhamento de rotina.

No contato com a Promotoria de Direitos Humanos do Ministério Público de Pernambuco foi possível saber que estava acontecendo uma mobilização por parte do movimento social para o tensionamento dos referidos problemas, desembocando, posteriormente, no refluxo do serviço, por ocasião da aposentadoria do médico assistente:

Em meados de 2011 os procedimentos são suspensos, sob a justificativa da aposentadoria do médico responsável. Como saldo, restava um intenso desrespeito psíquico, social e fisiológico para com as pessoas (des)acompanhadas nesse processo (...) (Silva, 2019, p.107).

Durante o tempo em que o HC/UFPE permaneceu no refluxo do atendimento, fiquei recepcionando a enorme procura por parte das mulheres operadas que vinham em busca de

respostas às suas reivindicações, como também, as novas pessoas querendo adentrar o serviço. Na ocasião, o HC/UFPE não dispunha de uma resposta institucional sobre a retomada do acompanhamento, contudo, resolvi fazer um pré-acolhimento da antiga e da nova demanda, que foram, posteriormente, incorporadas ao Espaço Trans/UFPE, de acordo com a ordem de chegada.

Nesse ínterim, surgiu o Ministério da Saúde querendo implantar no HC/UFPE o quinto serviço de referência do Brasil no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS), com abrangência para o norte/nordeste. Nos vários encontros para planejamento e organização do intento, deixou claro que estava ciente das problemáticas do atendimento, e que uma nova equipe técnica seria condição indispensável à implementação do serviço.

[...] a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa da SES-PE (...) interrogou as direções dos grandes hospitais estaduais pernambucanos e o Hospital das Clínicas, que é federal, sobre a possibilidade da criação do serviço. Apenas o Hospital das Clínicas se candidatou. Em consenso entre a SES-PE, a DAGEP e o DAE do Ministério da Saúde e o movimento social trans, o serviço seria criado contanto que nenhum profissional da equipe não credenciada anterior fizesse parte e o atendimento prezasse pela humanização, o respeito ao nome social e tivesse pelo menos uma pessoa trans trabalhando (Tenório; Livadias; Vieira, 2017, p. 117).

É importante ressaltar que, por solicitação da superintendência do HC/UFPE, à época, estive participando de vários encontros nacionais oportunizados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a integração entre os vários centros de referência do Brasil, referendados pelos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Goiás e Pernambuco.

O processo de inauguração do Espaço Trans/UFPE, em outubro de 2014, possibilitou uma aliança orgânica entre Serviço Social e Psicologia, que tiveram um papel preponderante na implementação do serviço. Neste sentido, merecem destaque: a busca pelos Departamentos de Psicologia e Serviço Social, para alimentação teórico-metodológica da equipe técnica; mobilização das(os) chefes médicas(os) das clínicas envolvidas com o atendimento do público-alvo; e sensibilização da comunidade hospitalar:

Assim, no início de 2014, a direção do HC desenvolveu várias reuniões com as diversas chefias de serviços ambulatoriais e cirúrgicos, com a psicóloga Suzana Livadias e a assistente social Cristiane Valença para elaborarem a composição da equipe, o planejamento dos processos internos para construção do fluxo, a estruturação dos ambulatorios, as instalações da internação para atendimento de usuários e usuárias e a projeção de aquisição dos materiais necessários aos tratamentos (Tenório; Livadias; Vieira, 2017, p. 118).

O trabalho com PTT trouxe vários desafios ao Serviço Social, entre estes, a busca pela renovação dos horizontes teóricos. Esta iniciativa ancorou-se na falta de uma formação prévia

e, principalmente, na necessidade de estar norteada por uma perspectiva crítico-emancipatória, capaz de enfrentar os processos de reprodução do estigma e, desse modo, de mudança dessa situação.

Buscando o alinhamento com as prerrogativas ético-políticas da profissão, no ano de 2015, participei do *Seminário Nacional: Serviço Social e Diversidade Trans*, realizado pelo CFESS/CRESS - 9ª Região/SP, que, entre outros, oportunizou um encontro de assistentes sociais com atuação no processo transexualizador no SUS, além da aproximação com pesquisadoras(es) e ativistas no campo do Serviço Social.

No primeiro semestre de 2017, cursei a disciplina “*Cidadania, Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos*”, no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da UFPE e, no segundo semestre do mesmo ano, fiz a disciplina “*Estudos de Gênero e Serviço Social: Abordagens Contemporâneas*”, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE.

Ainda, motivada pelo aprofundamento teórico, no segundo semestre de 2018 resolvi cursar outra disciplina no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos: “*Educação em Direitos Humanos, Diversidade e Cidadania*”, e, em 2019, integrei o grupo *Diálogos Plurais*, espaço acadêmico que conjugava estudos e pesquisas em Serviço Social nos campos da raça/etnia e gênero/sexualidade. Oportunidades basilares para pensar as transversalidades da temática trans e travesti no campo da teoria crítica. Estes foram alguns dos aspectos que marcaram a trajetória de imersão do Serviço Social na questão trans e travesti que, entre outras, situam a organicidade e o envolvimento com a temática, adensada no item a seguir, com a implementação do Espaço Trans/UFPE.

Figura 1 – Em busca de reconhecimento



Fonte: Almeida *et al.* (2018).

1.6 O ESPAÇO DE ACOLHIMENTO E CUIDADO DE PESSOAS TRANS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (ESPAÇO TRANS/UFPE)

A motivação em estudar a operacionalidade da política de assistência à saúde de PTT foi precedida pelo trabalho no serviço de ginecologia do HC/UFPE e severamente impulsionada pelas inquietações advindas da trajetória como assistente social e membro da equipe multiprofissional do Espaço Trans/UFPE, serviço sediado no HC/UFPE.

O HC/UFPE é um órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco que tem por função primordial desenvolver ações de Ensino, Pesquisa, Extensão e Assistência à Saúde, nos âmbitos da média e alta complexidades, voltado à população de Pernambuco, além das regiões Norte e Nordeste. Encontra-se sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) desde setembro de 2013, autorizada a gerir os hospitais universitários do Brasil por meio da Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011¹².

De acordo com o *site* da Ebserh, o credenciamento do HC/UFPE teve por objetivo a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino, serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão. Neste mesmo *site*, identificamos uma reafirmação da importância do HC/UFPE como referência nacional na prestação dos serviços de saúde, além das ações de Ensino, Pesquisa e Extensão, o que o torna, do ponto de vista das suas finalidades e capacidades tecnológicas, um espaço politicamente estratégico na operacionalidade da assistência à saúde de PTT.

¹² Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hcufpe>.

O Espaço Trans/UFPE foi credenciado pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2014, como um dos Centros de Referência do Brasil na operacionalidade de tecnologias em saúde, voltadas à transição de gênero; tendo a Portaria do Processo Transexualizador como política norteadora das ações, em modalidades clínica e cirúrgica. Nesta Portaria estão previstas intervenções de saúde que são pertinentes a hospitais com grande capacidade tecnológica, razão pela qual se encontra sediado no HC/UFPE. De acordo com a Portaria:

Parágrafo único. Os procedimentos descritos no "caput" somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador (...) (Brasil, 2013).

O Espaço Trans/UFPE está nucleado por uma equipe interprofissional, formada por quatro profissionais: 1 assistente social, 1 enfermeira e 2 psicólogas, sendo uma delas coordenadora do serviço, além de 1 secretária e 2 cirurgiões (1 urologista e 1 ginecologista), que são responsáveis pela cirurgia de construção da vagina.

O serviço conta com uma rede ambulatorial que, de modo geral, atende demandas clínicas e cirúrgicas ligadas ao processo transexualizador: são os serviços de mastologia, ginecologia, endocrinologia, dermatologia, fonoaudiologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia e psiquiatria. O acompanhamento inicia com o acolhimento multiprofissional do Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Em seguida, a pessoa é direcionada à rede ambulatorial, de acordo com a necessidade, e inserida nas atividades de grupo, com realização quinzenal, e de forma presencial sendo, posteriormente, redirecionada para o modo *on-line*, devido à pandemia do coronavírus. A equipe nuclear, tanto se responsabiliza pelo acolhimento e seguimento da demanda, como pelas ações político-pedagógicas, cuja finalidade precípua é submeter a transexualidade e a travestilidade ao debate histórico-crítico.

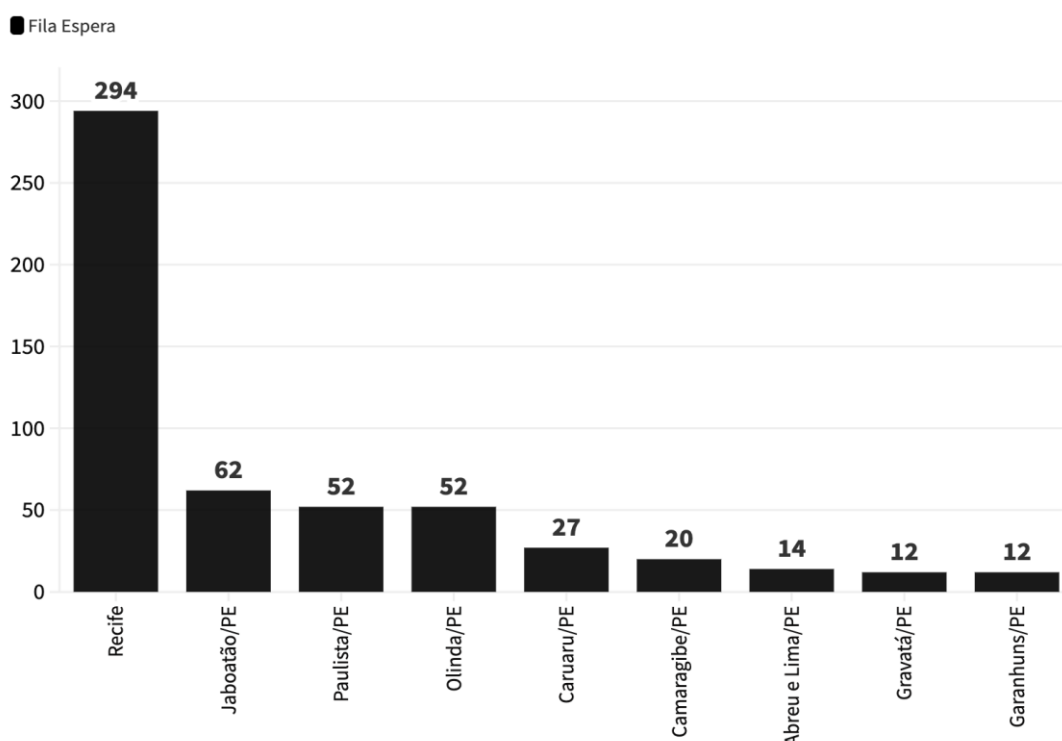
As demandas apresentadas ao Espaço Trans/UFPE estão majoritariamente voltadas à realização das cirurgias de transformação corporal, processo exclusivamente realizado na alta complexidade, e em hospitais universitários, conforme prevê a Portaria do Processo Transexualizador. Porém, as cirurgias reivindicadas ficam submetidas à dinâmica institucional, no que tange aos exames pré-operatórios, vagas em bloco cirúrgico, UTI, enfermarias, entre outros, o que pode impactar e até mesmo retardar a dinâmica de realização dos procedimentos.

Há cerca de três anos o Espaço Trans/UFPE não vem inserindo novas(os) usuárias(os) no acompanhamento devido, principalmente, à atual conjuntura, fortemente marcada pela escassez de recursos financeiros, humanos e, principalmente, pelo recrudescimento do

conservadorismo que acentua, sobremaneira, o processo de exclusão de PTT das pautas governamentais. Isso reverbera num aumento exponencial da procura, que, por razões óbvias, permanecerá excluída e sem perspectivas de inserção, o que pode ser constatado no registro da fila de espera, hoje estimada em 804 pessoas, segundo dados do Espaço Trans/UFPE até outubro de 2022.

O gráfico abaixo apresenta as 9 cidades pernambucanas com mais de 10 usuárias(os) na fila de espera, totalizando 545 (68%) das 804 que aguardam acesso. Entre as mais expressivas, destaca-se Recife, concentrando 36% (294 pessoas). Percentual semelhante ao total de pessoas desta cidade que se encontram, atualmente, em acompanhamento regular no serviço: 35% (41 pessoas). Jaboatão vem em seguida, com 62 pessoas na fila (7,7%), seguida por Paulista e Olinda, ambas com 52 pessoas (6,5%).

Gráfico 2 - Fila de Espera do Espaço Trans/UFPE - Cidades Pernambucanas com mais de 10 usuárias(os)



Fonte: Espaço Trans/UFPE (2022)¹³.

O registro da fila de espera é mais um indício da falta de resolubilidade do poder público frente às questões da saúde de PTT, que dá visibilidade à demanda reprimida, podendo funcionar como requisito ao tensionamento pela ampliação da rede de serviços. O que já havia sido apontado por Tenório, Livadias e Vieira, em 2017, ao refletir as problemáticas do acesso ao processo transexualizador em Pernambuco:

¹³ Todos os dados referentes ao Espaço Trans/UFPE foram extraídos dos registros do próprio serviço e fazem referência às pessoas inscritas por ordem de chegada e as que aguardam em fila de espera.

A criação da fila de espera é um importante instrumento para fabricar dados concretos quantitativos sobre a demanda reprimida do processo transexualizador. Fundamental para provar às diversas instâncias governamentais a importância da abertura de mais equipes em Pernambuco e destacar a importância do papel da atenção primária e secundária (Tenório; Livadias; Vieira, 2017, p. 124).

Ainda que os dados se refiram à realidade local, não podemos negar a ressonância da escassez de serviços no país como um todo, como nos mostra Krüger (2022):

até o ano de 2018, identificou-se a existência de menos de 30 serviços assistenciais ambulatoriais e/ou hospitalares voltados à saúde de pessoas trans, todos em grandes capitais e/ou centros urbanos do país, num Brasil continental de 5570 municípios. Este fato se dá *pari passu* à não capilarização e descentralização deste cuidado para a Atenção Primária em Saúde, preconizadas na Política (Krüger, 2018 *apud* Krüger, 2022, p. 59).

Como toda política, a Portaria do Processo Transexualizador nasceu recheada de ambiguidades, dentre estas, a suposta cisão com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)¹⁴, deturpando as suas requisições sociais por uma assistência integral, como nos mostra Santos *et al.* (2022, p. 66):

De acordo com Tatiana Lionço, o Processo Transexualizador foi institucionalizado antes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT porque ocorria uma pressão política da ação do Ministério Público requerendo – não expressamente a assistência integral, mas, o custeio das cirurgias de transgenitalização. Todavia, a demanda do movimento social e dos demais sujeitos que participaram daquele processo político reivindicando o reconhecimento de direitos, era pela formulação de uma política cuja assistência fosse ampla e integral (Santos, 2020 *apud* Santos *et al.*, 2022, p. 66).

Estas discrepâncias não se dão ao acaso, mas, com o objetivo de enfraquecer o potencial organizativo do movimento LGBTQIAP+ e a confluência das suas reivindicações com os princípios do SUS. No tocante a estas contradições, Santos *et al.* (2022) alinha os seus históricos percalços com as necessidades do capitalismo em sua contemporaneidade:

Ao que parece, essa ausência de vontade política, é também determinada pela forma como o estado se estrutura para responder as demandas das organizações capitalistas ao imporem a lógica de Estado mínimo para os direitos da classe trabalhadora e maximização dos lucros capitalistas, que se dá de forma associada a um caldo ideológico que lhe é próprio, composto por valores morais conservadores, pelo fundamentalismo religioso neopentecostal, que conforma uma realidade extremamente adversa à estruturação das políticas públicas de maneira geral, e mais intensamente hostil às diversidades, seja étnico raciais, seja as relacionadas a gênero e

¹⁴ A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais busca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença. Suas diretrizes e objetivos estão voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades sociais e políticas que impactam na qualidade de vida desta população (Brasil, 2013).

expressão das sexualidades dissidentes, que fujam ao padrão socialmente estabelecido (Santos *et al.*, 2022, p.74).

Todos esses impeditivos no caminho de uma possível efetivação da cidadania trans e travesti não poderiam estar desarticulados da história de um capitalismo que se atualiza com requintes de crueldade, principalmente, contra sujeitas(os) produzidas(os) nessa ordem para não ascenderem à condição humana. É em meio a um Estado prioritariamente voltado para as estratégias de reprodução da ordem capitalista que se atualizam os tangenciamentos das pautas de PTT por uma saúde integral e equânime. É também nesse contexto que problematizaremos o cotidiano de trabalho, tomando como referência as contradições que atravessam os percursos desta população pelos serviços de saúde, buscando delimitar o objeto de estudo e investigação.

1.7 O COTIDIANO DE TRABALHO NO ESPAÇO TRANS/UFPE: O DIÁLOGO COM O REAL

O Espaço Trans/UFPE é o *locus* privilegiado de estreitamento com a temática e tem subsidiado as intenções do presente estudo. Nele, foi possível perceber a importância de ultrapassarmos o ativismo cotidiano, para refletir criticamente os condicionantes que atravessam estas sociabilidades, nos trânsitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵. Deflagra-se, nessa experiência, um processo reflexivo em torno das contradições da Política do Processo Transexualizador no SUS, cuja centralidade tende a potencializar muito mais o disciplinamento dos corpos, do que a diversidade como condição do humano. Significa dizer que o trabalho do Serviço Social não pode ficar reduzido à instrumentalidade biomédica, insinuada pela Portaria.

Nessa esteira reflexiva, podemos dizer que a transexualidade não pode se encerrar na dimensão imediata ou, nos termos de Silva (2019), ficar restrita ao *binômio desejo — mudança* ou, ainda, se limitar às transformações adequadoras, pois, são nelas que as tônicas individualistas e a históricas ganham realce. As intervenções ficam reduzidas às respostas pontuais e desconectadas do sentido integral da saúde e do sujeito como agente social e político. O foco no indivíduo colide com as mediações que atravessam as políticas, comprometendo as possibilidades de uma perspectiva ampliada e radicalmente cidadã.

¹⁵ Na Constituição Federal de 1988, o Artigo 196 traz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Bento (2006), em pesquisa realizada com pessoas trans num hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta os tensionamentos da universalização do conceito médico sobre a transexualidade que, nessa ótica, tende a individualizar os condicionantes das requisições por transformação. A autora mostra como estas definições têm por finalidade precípua a reafirmação das normas de gênero:

[...] ao se conferir um caráter universalizante e atemporal à experiência transexual, (...) despolitiza-se a reflexão, à medida que se constrói uma espessa cortina de fumaça que não nos permite observar nada além do indivíduo, produzindo um efeito de ocultamento das articulações e das estratégias de poder que produziram o sujeito transexual universal. Essa cortina só nos possibilita enxergar o indivíduo como fonte explicativa dos conflitos, preservando-se, assim, as normas de gênero (...) (Bento, 2006, p. 22-23).

Almeida (2012) num estudo exploratório sobre a categoria *homens trans*, também questiona o poder da medicina em nomear a experiência trans. Em suas análises, trouxe a vivência concreta destes sujeitos para mostrar que o saber médico, embora hegemônico, disputa com outros saberes a produção social da experiência transexual “[...] é uma impossibilidade conceituá-la de forma universal, unívoca e a partir de uma classificação estritamente médico-psiquiátrica” (Almeida, 2012, p. 517). O texto procura dar voz à variedade das experiências de homens trans que, por razões políticas, deixam de ter lugar na convenção desse debate. O autor busca mostrar que os novos significados, esboçados pelas singularidades dessas vivências tensionam a universalidade patologizante desse conceito, muito mais voltado à reafirmação das normas impostas ao corpo:

Reconheço que o termo “transexual” é concretamente cunhado pela classificação médico-psiquiátrica internacional, que reiterou, ao longo de décadas, a ideia de que pessoas trans padecem de um “transtorno”, destituindo-as de parte da autonomia e autorizando discursos e condutas variadas dos profissionais de saúde, que vão desde as boas práticas às práticas meramente prescritivas, autoritárias e desrespeitosas (...) O termo “transexual” também contribui para transformar pessoas em estereótipos, em que subjetividade, desejo e contexto sociocultural são desconsiderados (Almeida, 2012, p. 517-518).

Seguindo a análise, Almeida (2012) é enfático na assertiva de que o discurso médico não pode negar o protagonismo destes sujeitos em agregar à transexualidade novas significações:

O discurso médico não é único e não é o único a disputar o investimento de significados a termos como transexualidade, e, a exemplo do que ocorreu com o próprio termo “homossexualidade”, penso que, entre alguns homens com os quais dialogo, há uma reabilitação semântica do termo “transexualidade”, apreendido como descritor de vivências singulares, e não como uma patologia (Almeida, 2012, p. 518).

O termo transexualidade, como o autor nos mostra, acaba contribuindo para que

alguns homens trans se localizem em suas formas de existir. Isso só corrobora a relatividade do diagnóstico como único balizador dessa experiência, que só poderá ser realmente encontrada na dinâmica da vida social.

Pouquíssimas vezes ouvi de homens trans o questionamento do termo “transexual” em função do seu caráter patologizante, ao contrário, usam o termo com frequência e naturalidade. Em seus relatos, há alívio diante do encontro com uma unidade semântica capaz de oferecer inteligibilidade a suas trajetórias pessoais até então inomináveis e, por isso mesmo, mais abjetas (Almeida, 2012, p. 517).

Palhano; Tenório (2022), ativistas do movimento de homens trans e transmasculinidades, em concordância com Almeida (2012), questionam o monopólio do saber médico, que nomeia as identidades trans como vivências transtornadas, o que justifica as intervenções médico-adequadoras para o reencontrar-se harmonicamente, em detrimento da multiplicidade de narrativas experienciadas por estas corporalidades:

O modo como as identidades trans são conhecidas hoje em nossa sociedade passou por uma captura colonizadora médica patologizante a partir do final do século XIX. Nossa construção de gênero culturalizou-se como sendo ligada à existência da disforia de gênero e da realização de modificações corporais através de tecnologias médicas (hormônios e cirurgias) e outras criadas por nós (coletes, *packers*). Hoje, a despatologização das identidades trans já é uma realidade no mundo, e boa parte da própria comunidade trans compreende que identificar-se enquanto trans não se deve necessariamente à disforia de gênero e a modificações corporais, nem ao desejo de ser igual a “homens cis”. Alguns trans sequer desejam injetar testosterona ou fazer cirurgias (Palhano; Tenório, 2022, p. 80).

A equipe interdisciplinar do Espaço Trans/UFPE, atenta a este mosaico de desafios e possibilidades, busca atuar numa linha metodológica de contextualização da realidade, em suas multideterminações, onde o processo cirúrgico não funcione como única possibilidade de afirmação social da existência trans e travesti. Sem, no entanto, desconsiderar a legitimidade dessa busca, na medida em que esta população tem a sua existência negada, e que encontra nos signos do gênero as “reais” possibilidades de expressão.

Podemos dizer que a pedagogização da política do processo transexualizador supõe uma imersão na sua dinâmica contraditória, que vai além de uma mera efetivação. Trabalhar emancipatoriamente significa incorporar ao processo pedagógico movimentos reflexivos que permitam o diálogo entre as contradições e as suas possibilidades de ressignificação.

Em meio às contradições, a equidade¹⁶ vai sendo negada nas entrelinhas da dinâmica social e nas consequentes respostas às lutas por políticas de saúde. É neste sentido que o

¹⁶ A equidade é aqui concebida como um princípio do Sistema Único de Saúde, referendado no artigo 196 da Constituição Brasileira. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às

acompanhamento no Espaço Trans/UFPE passa a ser legitimado pela efetiva participação nos *grupos reflexivos*. O sentido pedagógico dos grupos busca, entre outros, problematizar a perspectiva biomédica da Portaria que valida o acesso com base na participação em atendimentos individualizados e clínicos especializados, sendo este um dos grandes desafios ao trabalho de ressignificação da centralidade na doença, para uma perspectiva do cuidado integral. Espaços que, por força da contemporaneidade, foram redirecionados para o modo *on-line*, representando um outro grande desafio à intervenção político-pedagógica, voltada ao cuidado integral e equânime em saúde.

A participação *on-line*, se por um lado facilitou o acesso daquelas pessoas que não conseguiam garantir o deslocamento via Secretaria Municipal de Saúde, por outro, prejudicou a qualidade desta participação, tendo em vista as precárias condições socioeconômicas para acesso aos modos virtuais de comunicação.

A centralidade dos grupos como principal tecnologia do cuidado em saúde não deixa de desafiar a adesão desta população, mesmo diante da expectativa cirúrgica. Segundo dados do Espaço Trans/UFPE, de abril de 2013 a outubro de 2022, passaram pelo serviço um total de 321 pessoas e, apenas, 115 permaneceram em acompanhamento. Não podemos descartar a hipótese de que a condição político-pedagógica do acompanhamento, aliada à LGBTfobia,¹⁷ vivenciada no espaço institucional, possam estar funcionando como condicionantes desta evasão (expulsão?), o que se constata no relato de Tenório, Livadias e Vieira (2017):

Diante de uma boa quantidade de recusas de usuários e usuárias a frequentarem o Espaço Trans, acreditamos que muitos/as não aderem ao serviço por não darem importância a terapêuticas de promoção da saúde, tais como os atendimentos psicológicos e sociais, sejam individuais ou em grupos, e associarem todo o atendimento no Espaço Trans à centralidade de cirurgias – isso reflete a falta de serviços que trabalhem com a promoção da saúde, e não só com caráter “curativo”, de “doenças”. Outro aspecto de relevância inquestionável relaciona-se com a transfobia institucionalizada, que afasta as pessoas trans do SUS como um todo (Tenório; Livadias; Vieira, 2017, p. 129).

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em: 08 ago. 2022.

¹⁷ Segundo Murta (2022), a LGBTIfobia, consiste no preconceito ou discriminação e demais violências daí decorrentes contra pessoas em razão da orientação sexual e/ou identidade de gênero afirmada ou presumida, expressada através de sentimentos hostis, muitas vezes, agressivos àqueles que possuem ou aparentam ter desejo por pessoas do mesmo gênero, se comportam como membros do gênero oposto ao que foram designados ao nascimento ou se relacionam com pessoas com estas características. Podendo ser dirigida a qualquer pessoa LGBTQIA+ ou não, de qualquer idade, esta reação aversiva e/ou de ódio pode se manifestar de forma violenta ou sutil por meio de agressões físicas, violência psicológica (ameaças, constrangimentos, insultos, *bullying*, coação), tortura, maus tratos e, ainda, através da violência cometida em âmbitos institucionais, inclusive, por órgãos ou agentes públicos, através de ato discriminatório ou por negligência (Murta, 2022, p. 84).

Entender a ocupação dos espaços coletivos como condição fundamental da consolidação do SUS continua sendo um desafio na medida em que a cura centraliza todo o sentido inteligível do fazer saúde. Santos *et al.* (2022), refletindo sobre a política de saúde para LGBTQIAP+, diz que a falta de compreensão histórico-crítica por parte de quem usa e opera a prestação da assistência é mola mestra na despolitização das suas lutas e resistências. O que não podemos deixar de considerar que a falta de resposta efetiva do Estado às demandas desta população funciona como outro, ou talvez, o mais importante fator de distanciamento.

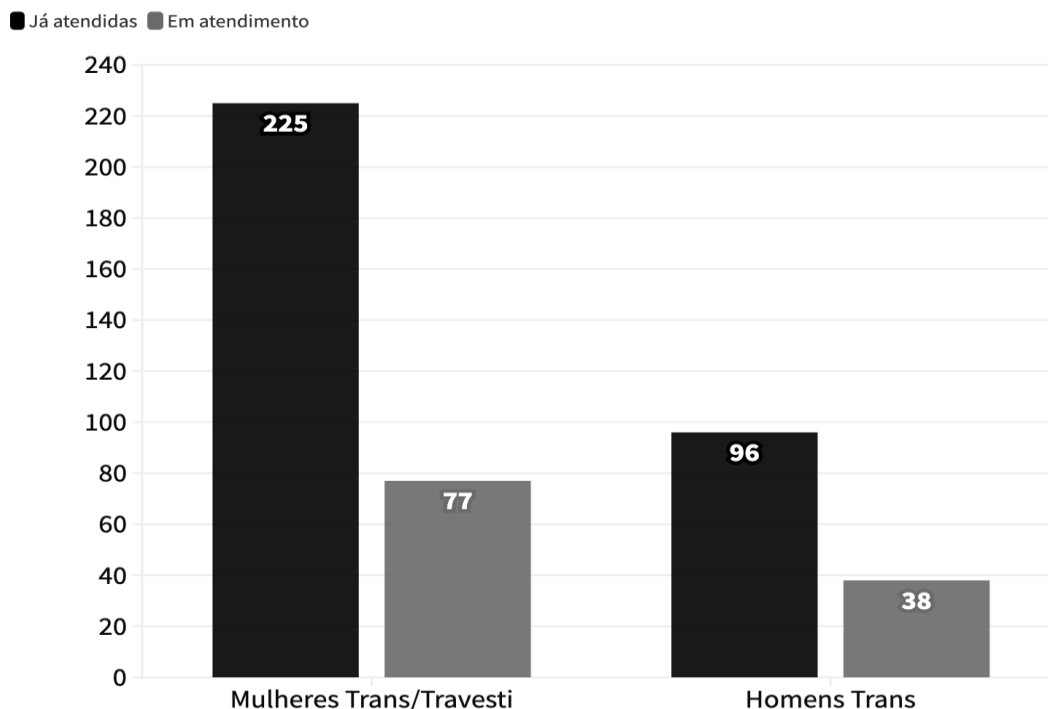
Assim, é bastante frequente que alguns/as usuários/as e trabalhadores/as das Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador identifiquem que há dificuldades na organização da assistência, mas desconheçam os processos políticos institucionais que contribuem para a produção de tais dificuldades. Dessa forma, se intensificam os obstáculos para o enfrentamento dessas questões em função da compreensão parcial dos problemas (...) (Santos *et. al.*, 2022, p. 67).

Outra questão que chama atenção da equipe técnica do Espaço Trans/UFPE, e de extrema relevância, é a escassez, ou até mesmo, a invisibilidade de travestis no serviço. Isso nos leva a indagar se a cultura hospitalocêntrica da saúde brasileira, aliada à moralidade hegemonicamente heterossexual, cisgênera, possa estar condicionando este afastamento. Sobre essa questão, Tenório, Livadias e Vieira (2017) já nos diziam o seguinte:

Também observamos que não há muitas travestis autodeclaradas no Espaço Trans, seja por conta do “caráter cirúrgico” que elas atribuem ao serviço e/ou em função da burocracia do acesso ao serviço, que não se encaixa bem em seus ritmos de vida, mas que precisa se adaptar (Tenório; Livadias; Vieira, 2017, p. 128).

A tônica normativa e burocrática das ações prestadas continua embasando o atendimento em saúde, afastando do processo de cuidado as singularidades desta população, que acaba não se vendo reconhecida em suas demandas. Vejamos, no gráfico a seguir, os dados sobre a evasão de PTT do Espaço Trans/UFPE, no período de setembro de 2013 a outubro de 2022.

Gráfico 3 - Total de Pessoas que Passaram no Serviço e em Atendimento no Espaço Trans/UFPE no período de setembro de 2013 a outubro de 2022



Fonte: Espaço Trans/UFPE (2022).

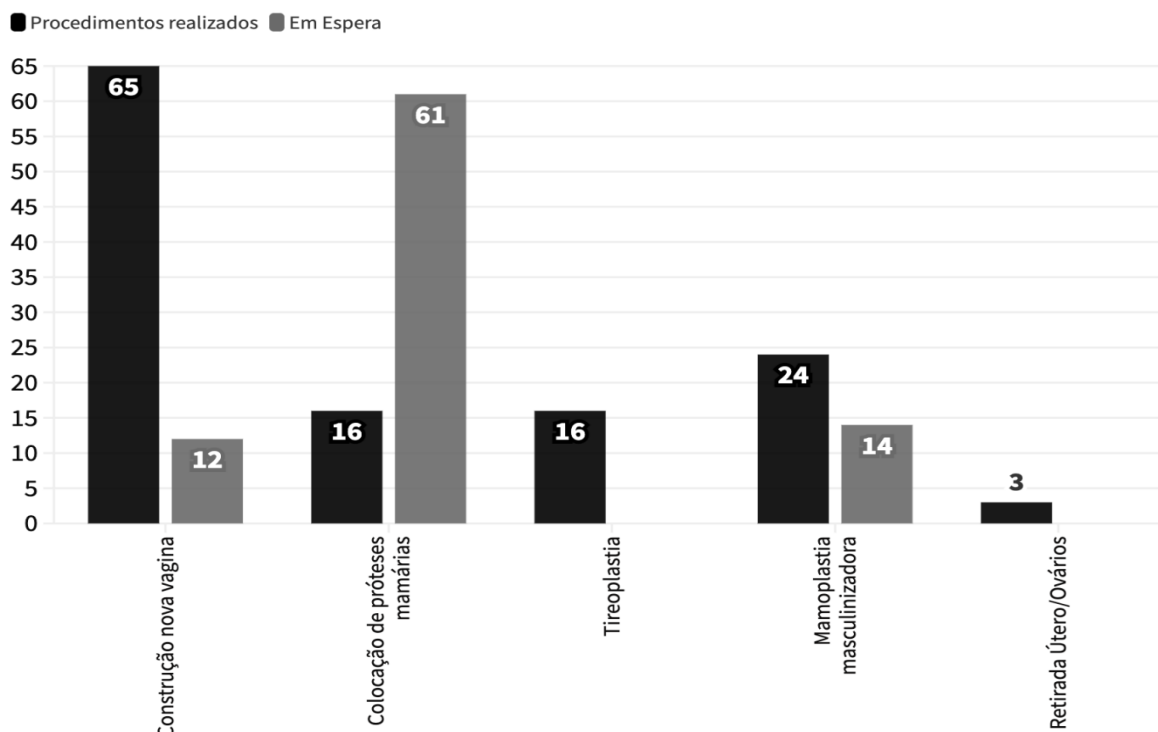
Levando em consideração os 9 (nove)¹⁸ anos de existência do Espaço Trans/UFPE, temos um total de 321 pessoas que já passaram por este serviço, das quais, 225 são mulheres Trans e Travestis, e 96 são homens Trans. No momento, o serviço conta com a vinculação de 115 pessoas em acompanhamento regular, das quais 77 são mulheres e 38 são homens. Destas(es), 54 pessoas são da região metropolitana, 41 pessoas do Recife, 17 pessoas do interior de PE e 3 pessoas de outros Estados, conforme dados de setembro de 2013 a outubro de 2022, colhidos pelo Espaço Trans/UFPE.

Sobre a questão da expressiva evasão (expulsão?) de homens e mulheres do serviço, não podemos restringi-la à resistência em participar dos espaços coletivos de acompanhamento, citado anteriormente. O longo tempo de espera para acesso aos procedimentos cirúrgicos, em função da escassez de recursos institucionais, e fruto da falta de investimento governamental, tem funcionado como um grande balizador da desistência desta população. Questão que, na atual conjuntura tende a avançar, o que tem sido constatado no cotidiano de trabalho.

¹⁸ É válido ressaltar que o Espaço Trans/UFPE só foi oficializado em outubro de 2014, mas, devido à remanescência da demanda anterior, submetida aos procedimentos cirúrgicos experimentais, foi necessário registrar esta procura, conforme esclarecido anteriormente.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos realizados e aguardados, a realidade é a que se segue.

Gráfico 4 - Procedimentos Cirúrgicos da População Ativa no Serviço



Fonte: Espaço Trans/UFPE (2022).

Das 77 mulheres que aguardam a cirurgia de construção da vagina, 65 já foram operadas até outubro de 2022, como demonstrado. É importante ressaltar que, para esta cirurgia, dispomos de um urologista e uma ginecologista de referência, que operam simultaneamente, com frequência mensal. Estas mulheres são, em sua maioria, procedentes da região metropolitana (25), seguida do Recife (18), interior de PE (18) e de outros Estados (4).

Já a cirurgia de colocação de próteses mamárias, realizada pela cirurgia plástica, a coisa fica bem diferente. Mesmo sendo bastante reivindicada pelas mulheres Trans e Travestis, esta cirurgia não consegue adentrar a dinâmica ambulatorial de forma regular, o que pode ter influenciado substancialmente a evasão (expulsão?) destas mulheres, principalmente, as que não manifestaram o desejo de se submeterem à cirurgia de construção de uma vagina. Temos, até agora, a realização de, apenas, 16 cirurgias, do total de 77 mulheres. Destas, 8 são procedentes da Região Metropolitana, 5 do interior de PE, 2 de Recife e 1 de outro Estado.

No tocante às cirurgias de próteses mamárias em mulheres trans, o que se observa na imersão cotidiana, é que o sistema de saúde não tem levado em consideração o fato de que esta demanda não se traduz por uma questão meramente estética, mas, principalmente, pela busca de reconhecimento social e atenuação de violências, fortemente oportunizadas pelo preconceito. Este tangenciamento do real sentido da demanda tem relegado a cirurgia a uma questão de menor prioridade, o que justifica o longo tempo de espera. É um tipo de cirurgia que está prevista na Portaria do Processo Transexualizador, e que tem um valor financeiro diferenciado para a instituição, mas que não deixa de ter os seus percalços. Acrescente-se aí, as dificuldades nos trâmites institucionais entre o hospital e a gestão estadual para efetivar o repasse financeiro de uma emenda parlamentar de 100 mil reais, concedida pelas *Juntas Codeputadas*, para apoiar na compra de próteses mamárias, que tramita há cerca de um ano, sem perspectivas de finalização. Só corrobora os desafios na legitimação das demandas de saúde desta população.

Já a cirurgia de tireoplastia (suavização do pomo de adão), sob responsabilidade do serviço de otorrinolaringologia, não foi tão demandada pelas mulheres que se encontram em acompanhamento regular. Somente 16 mulheres foram submetidas ao procedimento, porém, não sabemos as suas procedências por falta de informações do referido serviço.

Em relação aos homens Trans, temos a cirurgia de mamoplastia masculinizadora (retirada total das mamas) como a mais reivindicada, estando sob a responsabilidade simultânea da mastologia e da cirurgia plástica. Conforme demonstrado, só foram realizadas 24 cirurgias, ao longo de 8 anos, restando 14 usuários que continuam no aguardo. É importante ressaltar que um total de 96 meninos chegaram a passar pelo serviço, mas, acabaram se dispersando por falta de resposta às suas demandas, restando, apenas, 38 em condição ativa.

Das 24 cirurgias realizadas nos homens trans, 10 foram oportunizadas pelo regime de mutirão, ocorridos aos sábados. Este dia foi escolhido para não disputar com outras clínicas, uma vez que, este procedimento não está previsto para funcionar no fluxo regular do hospital. O que demandou uma maior articulação da equipe nuclear do Espaço Trans/UFPE, que teve de garimpar a viabilidade das condições logísticas, tanto por dentro, como por fora da instituição. Nesse formato, aconteceram dois mutirões, sendo 6 meninos operados no primeiro mutirão e 4 no segundo. Dos 24 meninos operados, a maioria procedeu de Recife (12), seguido da Região Metropolitana (7), interior de PE (4) e outro Estado (1).

No caso dos meninos, têm aparecido narrativas sobre a resistência de algumas(uns) profissionais que os acompanham, quando não há o desejo expresso de retirar útero e ovários,

além das mamas, parecendo-lhes não compreenderem a legitimidade desta demanda entre homens que possuem útero. Muitos homens, inclusive, chegaram a se desvincular do serviço para buscarem a rede privada, devido ao longo tempo de espera e dificuldade de acesso ao procedimento. A cirurgia de retirada do útero e ovários, por sua vez, tem sido pouco reivindicada pelos homens Trans, por causa do desejo de gestar. Foram realizadas, apenas, 3 cirurgias, destas, 2 homens procederam da Região Metropolitana e 1 de Recife.

Assim como a colocação de próteses mamárias em mulheres Trans e Travestis, a cirurgia de retirada total das mamas em meninos Trans tem sido secundarizada em relação às cirurgias de câncer de mama, motivo que tem funcionado como um forte argumento para protelar estas intervenções. O modelo de atenção à saúde, mesmo norteado pela equivalência dos princípios constitucionais de promoção, prevenção e reabilitação, ainda padece de uma cultura hospitalar que privilegia o tratamento das doenças, dificultando, sobremaneira, o atendimento de outras demandas, que também são pertinentes à alta complexidade. São questões que aparecem como de grande magnitude na vivência de PTT nos trânsitos pelo hospital.

Neste percurso, outras questões se somam às violações cotidianamente praticadas contra PTT, tais como, a falta de legitimidade no uso do nome social e, sobretudo, a deslegitimação de suas escolhas, que geralmente são entendidas como “violações” às normativas sociais. No caso de homens Trans, o desejo de retirar mamas e gestar; no de mulheres Trans, o desejo de colocar próteses mamárias sem fazer a cirurgia de construção de uma vagina. São demandas que, além de não serem reconhecidas pelas equipes de saúde, funcionam para colocar em xeque a própria identidade requerida, que passa a ser interpretada como uma “crise de identidade” e fruto de um trabalho “mal feito” por parte do Espaço Trans/UFPE. Situações que retratam uma estreita similaridade com as ponderações trazidas por Murta (2022), ao discorrer sobre problemáticas que acometem pessoas LGBTQIAP+ no cotidiano de prestação da assistência à saúde:

Frequentemente, é possível detectar estigmatização, resistências e negligências por parte de trabalhadores da saúde em relação aos atendimentos e procedimentos técnico-operativos com usuários LGBTQIAP+ e, nesse sentido, é possível afirmar que a despeito do previsto na PNSILGBT e programas e ações existentes para enfrentamento do preconceito e da discriminação, a LGBTfobia institucional é uma realidade e, assim como o espancamento, o estupro corretivo entre outras formas de violência, causa graves danos à saúde especialmente através do negligenciamento de necessidades em saúde (Murta, 2022, p. 85).

Todos esses tensionamentos, envolvidos com o atendimento às PTT no HC/UFPE, requisitam da equipe técnica do Espaço Trans/UFPE a necessidade de sucessivas intervenções

junto à rede interna, no sentido de garantir o direito de acesso desta população. Porém, a complexidade destas demandas fica agravada pela dificuldade de circulação e acesso à rede externa, requerendo do Serviço Social articulações intersetoriais para mobilizar respostas que extrapolem a cultura burocrática e de caráter discriminatório, cujo foco está limitado ao sujeito como entidade isolada e apartada da realidade.

Bento (2006), em pesquisa realizada no Hospital das Clínicas de Goiânia sobre a motivação de pessoas trans em buscar intervenções cirúrgicas, consegue retratar problemáticas similares às que estão sendo aqui destacadas, mostrando que, ao longo de dezesseis anos, quase nada mudou para PTT no cotidiano do atendimento à saúde:

Ao longo desta pesquisa, foram muitos os momentos de espanto diante de corpos pré-operados, pós-operados, hormonizados, depilados, retocados, siliconados, maquiados. Corpos inconclusos, desfeitos e refeitos, arquivos vivos de histórias de exclusão. Corpos que embaralham as fronteiras entre o natural e o artificial, entre o real e o fictício, e que denunciam, implícita ou explicitamente, que as normas de gênero não conseguem um consenso absoluto na vida social (Bento, 2006, p. 19-20).

A autora segue na sua descrição do cotidiano hospitalar:

Os fios que amarram os fragmentos que compõem os “protocolos invisíveis” são os insultos, os olhares que estão presentes nas enfermarias, nos ambulatórios e que a cada momento lembram ao/à transexual sua condição diferente, de “coisa estranha” (...) É esse olhar que se estrutura a partir das dicotomias corporais e da binariedade para a compreensão das subjetividades que estará apontando os excessos, denunciando aquilo que lembra condutas e subjetividades não apropriadas para um homem e uma mulher. O tempo de vida no hospital tem outra função: realizar a “asepsia” nas performances dos/as candidatos/as, cortar as paródias dos gêneros, eliminar tudo que recorde os seres abjetos que devem ser mantidos à margem: os *gays*, as travestis e as lésbicas (Bento, 2006, p. 59-60).

Tratando dos percalços no atendimento à saúde de pessoas LGBTQIAP+, Murta (2022) deixa claro que estas problemáticas são extensivas a todos os níveis da assistência, corroborando a ideia de que a exclusão desta população se atualiza no presente contexto:

Nesse panorama, é possível destacar o acolhimento de pessoas trans em contextos não relacionados às modificações corporais do sexo que, além de frequentemente terem violado seu direito ao uso do nome social (...) muitas vezes são efetivamente impedidos de acessar serviços e procedimentos por questões burocráticas e operacionais de um CISTema que não prevê atendimento para identidades e corpos não normativos e suas necessidades em saúde (Murta, 2022, p. 82-83).

Diante das dificuldades elencadas, ainda temos de conviver com o fato de o Espaço Trans/UFPE não ser reconhecido como campo de formação em graduação e pós-graduação. O que pode ser ilustrado quando o médico de referência do atendimento se aposenta e não tem substituição, demonstrando um interesse residual pela temática, como também, a escassez de pesquisas, que faz com que os protocolos de atendimento fiquem subjugados às lógicas

convencionais. É o que nos falam Palhano; Tenório (2021), ao refletirem sobre a falta de pesquisas no contexto dos homens trans:

Pensar em políticas públicas para homens trans na primeira década dos anos 2000 significava ao mesmo tempo lidar com um “vácuo” de incertezas. Quase não havia pesquisas no Brasil que observassem, por exemplo, quais os efeitos a longo prazo da hormonioterapia e intervenções cirúrgicas no corpo de pessoas transmasculinas. Pouco se sabia sobre os indicadores sociais dos homens trans. Nada havia sobre prevenção a infecções sexualmente transmissíveis (IST) dos homens trans, nossos direitos reprodutivos, nem mesmo se pensava o segmento transmasculino fazendo recorte de classe ou raça (Palhano; Tenório, 2021, p. 30).

Pensando no enfrentamento às dimensões desumanizantes que interditam a efetivação de direitos LGBTQIAP+, Oliveira e Duarte (2022) corroboram com a importância da formação na produção de respostas ao desvelamento dos processos hierárquicos que negam a multiplicidade de sujeitas(os) a serem alcançados pelas ações de saúde:

Vale ressaltar que a PNSI-LGBT tem, como princípio, fomentar a produção de conhecimentos por meio de pesquisas científicas a fim de identificar, refletir a complexidade e a estrutura hierárquica desses processos que envolvem LGBT, que são plurais, com o intuito de propor a superação das desigualdades sociais em saúde por meio de políticas públicas eficazes e de promover a equidade em saúde (Oliveira; Duarte, 2022, p. 91).

No tocante à saúde, os autores fazem questão de registrar a importância da formação junto àquelas (es) que dão materialidade à prestação da assistência:

Além disso, faz-se necessário expandir os debates sobre os cuidados em saúde de LGBT nos estabelecimentos de saúde, que recrutam recursos humanos e os formam, com o intuito de levar informação e conhecimento sobre a população LGBT e as necessidades de saúde, a fim de que esses saibam atuar e reduzir as iniquidades em saúde. Nesse sentido, desconstruir o conjunto de crenças e valores morais em relação às pessoas LGBT pode ser um caminho para que os profissionais aumentem suas habilidades de comunicação, cultivando melhores relações humanizadas entre profissionais e usuários LGBT (Oliveira; Duarte, 2022, p. 97).

Ao que se observa, o Espaço Trans/UFPE e a própria assistência à saúde de PTT ainda tem muito a avançar na superação dos limites para um efetivo atendimento. A nossa argumentação é contundente na defesa de que os serviços continuam operando no reforço da norma e, conseqüentemente, violando o direito à saúde integral e equânime. É preciso incorporar novas pesquisas, estudos, reflexões e intervenções capazes de extrapolar os protocolos convencionais e buscar um *status* condizente com as necessidades dos corpos trans e travestis. Adensar esse debate, portanto, se torna fundamental para definirmos estratégias capazes de tensionar os processos de exclusão desta população do direito à saúde. É o que faremos a seguir.

Figura 2 – Esse nome não me representa



Fonte: Almeida *et al.* (2018).

1.8 AQUECENDO AS INDAGAÇÕES EM TORNO DO OBJETO DE ESTUDO

A consolidação dos vários centros de referência do Brasil, especializados no atendimento às PTT, não deixa de ser de grande magnitude para a agenda política desta população, na luta pelo reconhecimento do seu direito à saúde e à existência. Porém, em seu formato jurídico-legal, a Política do Processo Transexualizador concentra maior intervenção em condutas biomédicas que, mesmo reivindicadas, tangenciam as determinações socio-históricas do corpo, negando a diversidade como parte do cuidado integral e equânime em saúde.

Para uma população historicamente negligenciada, as adequações propostas pela Portaria representam um importante meio para acessar o Sistema Único de Saúde (SUS), na expectativa da almejada equidade humana. Porém, as respostas institucionais, baseadas em tecnologias de “transformação”, contraditoriamente, metamorfoseiam estratégias que desembocam na reprodução da ordem estabelecida. As respostas tecnológicas acabam reafirmando a hegemonia das normas, quando situa no corpo a solução dos “problemas” da assimetria com a genitália.

Refletindo sobre a história de subjugação dos corpos trans e travestis nos serviços de saúde, e a imanente necessidade do deslocamento assistencial biomédico para o integral, Krüger (2022) reforça que a saúde de PTT não pode ficar restrita às tecnologias de transformação. Como toda a população LGBTQIAP+, prescinde da efetividade dos princípios do SUS:

Pessoas trans, travestis e intersexo são excluídas/os dos parâmetros ditos normais, pois não são compreendidas em nenhuma categoria de gênero socialmente aceita, colocando-as como corpos abjetos. Ou seja, corpos que necessitam de normatização através das tecnologias médicas. Há, portanto, a grande necessidade de ampliar a noção de saúde e de acesso de pessoas LGBTQIAP+ no Brasil, por parte do poder público de saúde em suas três

esferas, para, só assim, melhorar seu acesso à saúde. A estrutura dos serviços requer competência cultural no acolhimento integral das pessoas LGBTQIA+, considerando as necessidades de saúde que vão muito além das questões biomédicas (Krüger, 2022, p. 61-62).

Por outro lado, a busca por adequações também diz da percepção da(o) sujeita(o) sobre si mesma(o), sobre sua autoafirmação no mundo. Esse processo de singularização tem lugar de preponderância na efetivação da cidadania, uma vez que PTT estão em busca da legitimação social de sua corporeidade. O sofrimento tem uma dimensão no indivíduo, que deseja ser reconhecido em sua autodenominação. Há uma relação de autonomia da(o) sujeita(o) que precisa ser preservada. As pessoas querem assegurar o direito de serem quem são, sem sofrerem penalizações e/ou negligenciamentos individuais e coletivos.

Diante disso, o desafio é respeitar a liberdade de quem busca e de quem não busca transformações. A problematização aqui proposta, embora reconheça a importância das escolhas, se direciona às contradições do real, a partir do lugar que tem o Serviço Social em tomar a totalidade como objeto de sua análise. É preciso pensar a transexualidade e a travestilidade como uma produção social, que transcende o corpo, em sua imediatez. O sofrimento, localizado na pessoa para justificar as transformações adequadoras, não se encerra na dimensão pessoal. É produzido na sociedade, que busca disciplinar os corpos para garantir a bipolaridade homem/mulher, enquanto possibilidade exclusiva do humano. A experiência de trabalho tem demonstrado que as transformações são fortemente almejadas como meio para adentrar a dinâmica social e, com isso, adquirir pulsões de vida e de existência.

Bento e Pelúcio (2012), refletindo sobre o processo transexualizador no SUS, deixam claro que para tratarmos a transexualidade como direito é preciso problematizar as ambivalências que lhe atravessam:

Ainda que algumas/uns ativistas temam pela perda de direitos conquistados como, no Brasil, a garantia de acesso ao processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS), acreditamos que a patologização não garantiu direitos de fato, mas, impôs um modelo para se pensar a transexualidade como experiência catalogável, curável e passível de normalização. Tratou-se até aqui de um processo que qualificou alguns saberes científicos como os únicos capazes de dar respostas acertadas às vivências que desafiam as normas de gênero. Processo que, por outro lado, autoriza o tutelamento dos corpos e das subjetividades de pessoas que se reconhecem como transexuais (...) (Bento; Pelúcio, 2012, p. 574).

A crítica, portanto, está direcionada ao modelo assistencial em seu reforço à norma, enquanto o lugar legítimo da expressão humana. O questionamento ou o estranhamento da parte das(os) profissionais de saúde, acerca da escolha dos homens trans em permanecerem com os seus órgãos reprodutores, por exemplo, é uma prova cabal da força de permanência e

de exclusão da norma. O mesmo para as mulheres trans, em colocar próteses mamárias, sem fazer a cirurgia de constituição de uma vagina.

Mesmo para adequar o corpo, a realidade tem mostrado que as PTT não têm encontrado um lugar efetivo na execução da política quando, por exemplo, têm que disputar com a prioridade do câncer na realização de exames pré-operatórios, ou mesmo, nas intervenções cirúrgicas para retirada das mamas, ou para colocar próteses mamárias. Analisando a garantia do direito à saúde de pessoas LGBTQIA+ no Brasil, à luz da PNSILGBT, Murta (2022) elucida negações importantes de demandas de homens trans, derivadas da “contravenção” às normas instituídas:

Fato é que a despeito do previsto na PNSILGBT no que se refere a promoção da equidade no SUS, ampliação do acesso aos serviços de saúde, oferta de atenção integral na rede, nos três níveis de atenção, o que se pode observar é a permanência da limitação ou impossibilidade da oferta de linhas de cuidado genericadas para pessoas trans, como é o caso da assistência ginecológica e obstétrica e ao acesso ao aborto legal para homens trans. Uma vez que essa modalidade assistencial é vinculada ao gênero e exclusiva para usuárias cis do gênero feminino, a atenção a homens trans é inviabilizada em decorrência da não conformidade entre sexo e gênero vivenciada por eles (...) (Romeu *et al.*, 2018, *apud* Murta, 2022, p. 83).

As políticas sociais são aqui tratadas como processos contraditórios, atravessados por conquistas dos movimentos sociais, como também, pelas estratégias de controle da ordem burguesa. Ainda que as transformações corporais sejam um pleito legítimo do movimento de PTT, nos levam a indagar se esse tipo de assistência está, de fato, efetivando questões de saúde ou consolidando normas regulatórias que, controlando os corpos, passam a reprimir a forma de viver das pessoas, garantindo, assim, o controle sobre todas as dimensões das suas existências. O debate sobre a saúde de PTT se torna essencial para questionarmos as violações da humanidade destas pessoas como seres integrais.

Em que pesem os avanços consolidados pela PNSILGBT e pelo próprio Processo Transexualizador Prado, Oliveira e Teixeira (2022) deixam claro que as transformações na política de saúde para PTT não se consolidam, apenas, pela adesão formal das políticas LGBT aos princípios do SUS:

[...] a partir das reformulações da Portaria do Processo Transexualizador e da elaboração das Políticas de Promoção da Equidade e da PNSI-LGBT, vimos o princípio da equidade ser fundido ao da integralidade e serem acionados como elementos mágicos, como se eles possuíssem força enunciativa capaz de enfrentar a centralidade do poder biomédico na orientação do cuidado e deslocar seu foco para a Atenção Básica (...) (Prado; Oliveira; Teixeira, 2022, p. 30).

É um processo que requer, antes de tudo, permanentes investidas contra a centralidade biomédica, ainda presente no cotidiano da saúde. Nesse contexto, o trabalho com PTT poderá inaugurar novas formas de enfrentar esta centralidade, se estiverem efetivamente submetidas a uma perspectiva despatologizante.

Foi observando as requisições trazidas ao Espaço Trans/UFPE que nos demos conta da magnitude dos desafios para acesso desta população aos serviços de saúde. Pudemos perceber que estas demandas, mesmo centradas em transformações corporais, não se encerravam na Portaria do Processo Transexualizador. Havia, também, uma recorrente reivindicação por redes ambulatoriais escassas ou inexistentes no SUS, até mesmo referidas aos meios de transformação corporal, tais como: tratamento clínico de sequelas causadas pelo uso clandestino de silicone industrial, acesso resolutivo aos hormônios, às terapias hormonais, aos meios cirúrgicos, de forma a prevenir riscos à saúde e à vida. São questões que não encontram assento resolutivo no SUS, sendo reafirmadas por Alícia Kruger (2022) ao discutir a precariedade da atenção à saúde de PTT em todo o país:

A concentração de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares de assistência às pessoas trans em poucas cidades do país dificulta o acesso de muitas pessoas, que, em falta de um serviço que acolhe, de fato, as suas demandas, principalmente de uso de hormônios, acabam recorrendo à automedicação (Kruger, 2019 *apud* Kruger, 2022, p. 59).

Além das demandas ligadas ao processo transexualizador, apareceram outras, fora desse contexto, que ora requisitavam respostas do próprio hospital, pela mediação do Espaço Trans/UFPE, ora confluíam para os ambulatorios especializados no atendimento de pessoas LGBT da capital e de alguns municípios da região metropolitana, denotando uma centralidade da demanda por saúde na média e alta complexidades. Arriscamos dizer que os grupos populacionais, os quais subvertem as normativas sociais, tendem a encontrar uma maior dificuldade de acesso como sujeitas(os) das políticas, o que pode estar influenciando no seu distanciamento territorial¹⁹, restando-lhes os caminhos dos serviços da atenção especializada, direcionada para pessoas LGBTQIAP+, que, sem dúvida, não estão voltados para a totalidade destas demandas.

Ressalta-se que durante o diálogo cotidiano sobre os caminhos percorridos por esta população em busca de saúde, contávamos com a presença do pesquisador Henrique da Costa

¹⁹ A concepção de território neste trabalho respalda-se na Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, onde estão previstas, entre outros, a descentralização político-administrativa das ações de saúde, a regionalização e hierarquização da rede, aliadas à participação social. São princípios cuja materialidade prevê espaços concretos, sendo o município, nestes termos, concebido como a porta de entrada do sistema. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 30 de julho de 2023.

Silva que, em sua dissertação, deixou registrada a importância do território na efetivação do direito integral à saúde de PTT (Silva, 2019).

A entrada pelo território se torna fundamental quando se pensa na efetivação da saúde como direito. Refletindo sobre a importância da consolidação do projeto de Reforma Sanitária, Mendes (1993) nos alerta para a importância da melhoria dos serviços locais como estratégia indispensável na aproximação da população com as unidades básicas:

[...] uma importância tática relativa deverá ser conferida à reforma das unidades prestadoras de serviços de saúde em nível local, vez que a adesão da população ao projeto de Reforma Sanitária não se fará nem pela via do discurso político-ideológico, nem pelas prescrições jurídico-legais, mas, fundamentalmente, pela percepção fenomênica que se expressa na concretude de melhores serviços prestados e recebidos e pela possibilidade de uma inserção cidadã no controle desses serviços (Mendes, 1993, p. 94).

Pressupõe-se que as pessoas precisam se sentir parte da dinâmica dos serviços, para poderem criar vínculos de pertencimento. Significa dizer o quanto é importante saber como a unidade local tem atraído as pessoas para o seu cotidiano. O próprio processo transexualizador, ao definir as linhas de cuidado para o atendimento das demandas, prevê a importância do território. A Portaria considera como um dos componentes relevantes:

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (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).

Ao discorrer sobre a concepção de Distrito Sanitário, na perspectiva do movimento de Reforma Sanitária, Mendes (1993) traz a seguinte pontuação: “[...] processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, o que implica considerá-lo nas suas dimensões política, ideológica e técnica” (Mendes, 1993, p. 94).

Consideradas estas três dimensões como intrínsecas à saúde, o autor chama atenção para a importância de se pensar o sistema, para além do senso comum:

o Distrito Sanitário, ultrapassa, em muito, o senso comum (...) que vê o Distrito Sanitário numa perspectiva topográfico-burocrática de um esquadramento de um espaço-solo e a imposição, nele, de uma presumida autoridade burocrática, com o objetivo de conduzir a um rearranjo físico-funcional das unidades de saúde, mantendo-se intocado o modelo assistencial hegemônico (Mendes, 1993, p. 95).

Alertando para os riscos da manutenção de uma saúde distanciada dos princípios da Reforma Sanitária, Mendes (1993) problematiza os sentidos fundantes dessa direção política:

É preciso ter claro que o Distrito Sanitário, construído na visão topográfico-burocrática, é extremamente funcional ao projeto neoliberal ao instituir-se como lugar racionalizador de uma atenção médica aos não integrados economicamente. O que deriva do entendimento do Sistema Único de Saúde

como um subsistema público destinado aos pobres é a tese neoliberal (Mendes, 1993, p. 95).

Realçando o debate sobre a importância do território como estratégia decisiva na construção de uma saúde cidadã, Unglert (1993) vai nos dizer que:

O espaço local é o cenário estabelecido por atores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades cobram ações. Representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (Unglert, 1993, p. 222).

Nas suas reflexões, Unglert (1993) sintetiza o raciocínio dizendo que: “essa concepção permite identificar cenários onde as mudanças ganham concretude, pois, é no espaço político-operativo que se dá a interação população-serviços” (Unglert, 1993, p. 221).

A despeito da importância do território na efetivação de uma saúde conectada aos princípios do SUS, não podemos deixar de complexificar a materialização da PNSILGBT, quando tomamos como objeto de análise a realidade local:

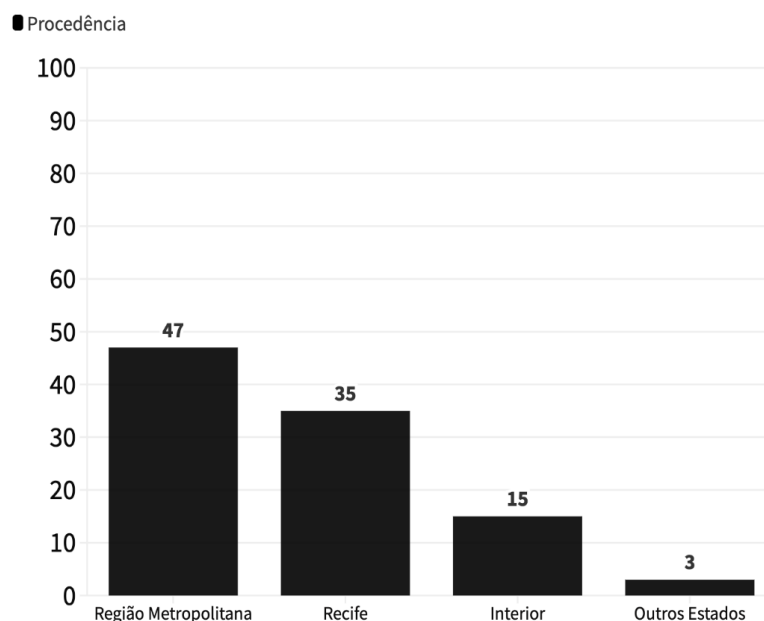
O desenho da estruturação do SUS nas localidades regionais não tem sido suficiente para a garantia da efetivação da política e a realidade enfrentada nos cotidianos dos serviços demonstra que, concretamente, houve pouca mudança após a publicação da Portaria e um empenho pouco efetivo do MS na dinamização desse processo. Isso também não deixa de ser uma opção política, dado que “não fazer” também constitui um projeto político, sobretudo, numa conjuntura de contenção de gastos nas políticas públicas (...) (Santos *et al.* 2022, p.73).

Em meio aos desafios pertinentes à operacionalidade das políticas públicas no Brasil, fica bem evidenciado que a materialidade da saúde, sob uma concepção territorial, tem um grande potencial na concretização dos princípios do SUS, uma vez que a base assistencial da saúde é o território, na sua atenção primária e secundária. O que nos despertou o interesse em conhecer a dinâmica dos serviços de saúde voltados às PTT; se estão conseguindo se elevar às condutas normativas e acolher esta população na sua condição de humanidade, que como as demais pessoas, precisam de uma assistência integral e equânime. A ideia central é conhecer a resolutividade da operação da política de saúde, olhando para a sua materialidade através das(os) sujeitas(os) que usam e que operam a prestação da assistência.

Para adensar os caminhos em torno da definição do objeto de estudo, alguns questionamentos foram necessários, com base na realidade vivenciada com esta população: *Por que as PTT estão se concentrando nos serviços especializados no atendimento de pessoas LGBT? Como tem se dado a assistência à saúde de PTT, para além das intervenções corporais? Quais as dificuldades e potencialidades no acesso à saúde desta população? Mas, que serviços? De onde? Entre os vários desafios para a delimitação do objeto de estudo*

encontra-se a escolha do *lôcus* da pesquisa que, neste caso, baseou-se no município com o maior contingente de pessoas em acompanhamento regular no Espaço Trans/UFPE.

Gráfico 5 - Origem das(os) usuárias(os) ativas(os) no Espaço Trans/UFPE (%)



Fonte: Espaço Trans/UFPE (2022).

O município de Recife representa, sozinho, 35% das 115 pessoas que atualmente circulam no Espaço Trans/UFPE, conforme dados deste serviço de abril de 2013 até outubro de 2022. Além das(os) 35% de Recife, têm-se 47% de pessoas originárias(os) de 9 municípios da região metropolitana, 15% que procederam de 13 municípios do interior do Estado, e 3% que vieram de 3 outros Estados do Brasil. A grande maioria deste contingente reside em bairros considerados periféricos, inclusive, os que procederam da capital do Estado, significando interações que proporcionaram leituras sobre a realidade vivenciada, subsidiando as mediações necessárias ao estudo pretendido.

A cidade do Recife, além de concentrar o maior contingente de pessoas circulantes no Espaço Trans/UFPE, representa no Estado de Pernambuco, o município que detém uma maior capacidade tecnológica, tanto em relação aos equipamentos de saúde, voltados às pessoas LGBTQIAP+, como às entidades que fiscalizam a funcionalidade da política.

Do ponto de vista das entidades de fiscalização, Recife conta com o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, redefinido pela Portaria n. 2.837, de 1º de dezembro de 2011, e tem assentos no Conselho Estadual dos Direitos da População LGBT, instituído pelo Decreto Estadual n. 55.587, de 17 de março de 2010, e no Fórum Estadual LGBT, fundado em 2004 e

constituído por 23 entidades representativas da sociedade civil organizada e ativistas independentes²⁰.

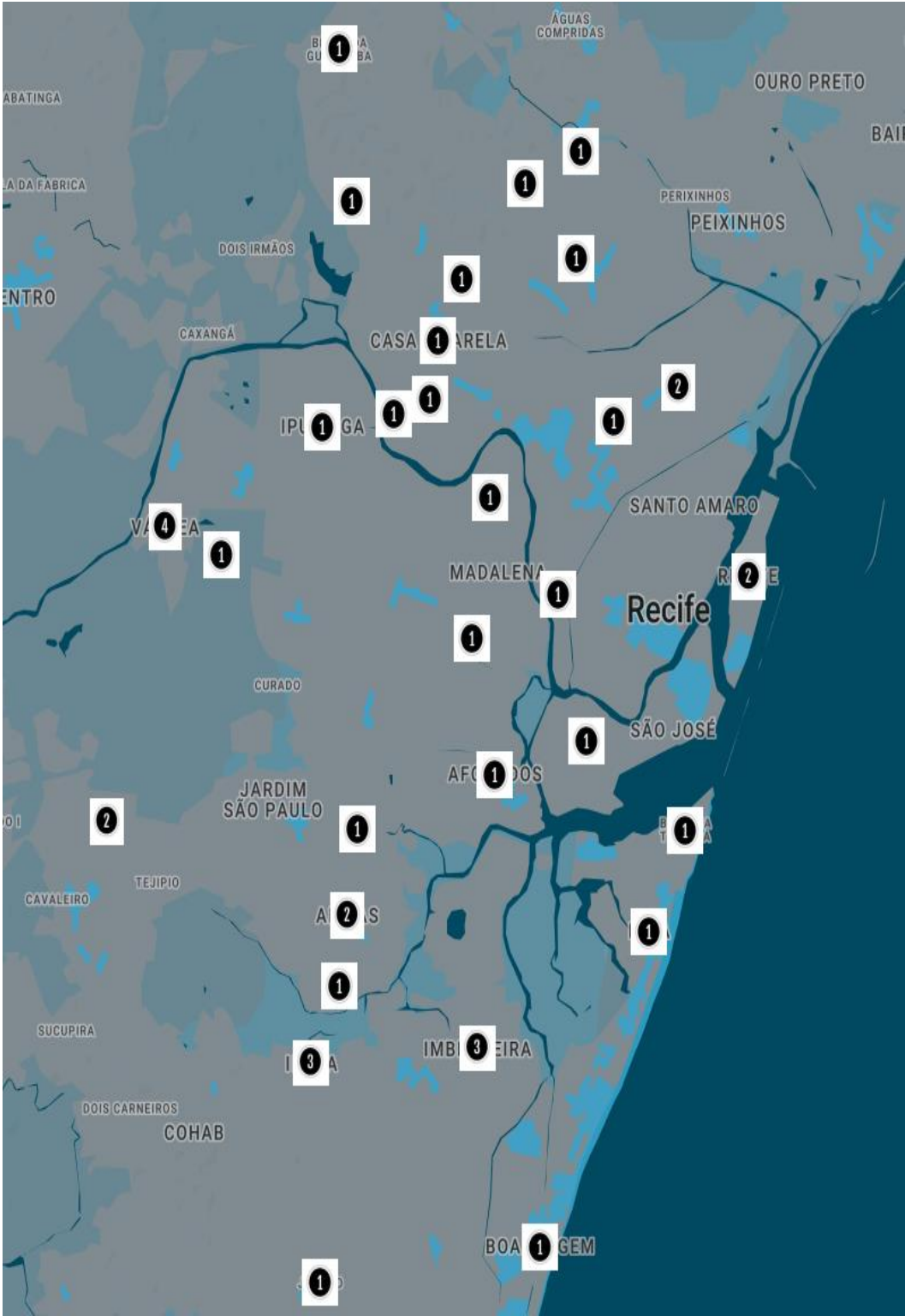
Figura 3- Respeita meu nome social



Fonte: Almeida *et al.* (2018).

²⁰ Disponível em <http://flgbtpe.blogspot.com>.

Figura 4 - Mapa das(os) usuárias(os) ativas(os) no Espaço Trans/UFPE de Recife/PE



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 1 - Bairros em que residem usuárias(os) ativas(os) de Recife/PE - Espaço Trans/UFPE

BAIRRO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Água Fria	1	2,4%
Areias	2	4,9%
Beberibe	1	2,4%
Boa Viagem	1	2,4%
Brasília Teimosa	1	2,4%
Caçote	1	2,4%
Campo Grande	2	4,9%
Casa Amarela	1	2,4%
Casa Forte	1	2,4%
CDU	1	2,4%
Derby	1	2,4%
Encruzilhada	1	2,4%
Estância	1	2,4%
Guabiraba	1	2,4%
Ibura	3	7,3%
Imbiribeira	3	7,3%
Iputinga	1	2,4%
Joana Bezerra	1	2,4%
Jordão	1	2,4%
Linha do Tiro	1	2,4%
Macaxeira	1	2,4%
Pina	1	2,4%
Poço da Panela	1	2,4%
Prado	1	2,4%
Torre	1	2,4%
Totó	2	4,9%
Várzea	4	9,8%
Não Declarado	2	4,9%
Total	41	100%

Fonte: Espaço Trans/UFPE (2022).

Como observado, o maior contingente de usuárias(os) domiciliados em Recife/PE se localizam em bairros periféricos. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada²¹ (IPEA), no estudo sobre desigualdades de gênero e raça no Brasil, mostra que a população periférica é de maioria pobre e negra. São estratos que, somados à população LGBTQIAP+ sentem os maiores impactos da exclusão social. A cidade do Recife, mesmo considerada a capital de Pernambuco, não escapa desse contexto, diga-se do ocorrido nas últimas enchentes que atingiram fortemente os bairros periféricos, locais onde se concentram as populações mais empobrecidas e dependentes do SUS.

Numa observação preliminar sobre os equipamentos de saúde voltados à saúde de PTT em Recife/PE, identificamos alguns serviços: Ambulatório para Homens Trans, com funcionamento no CISAM/UPE (Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco); Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, (voltado às Lésbicas,

²¹ Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>

Gays, Bissexuais, Trans e Travestis), com funcionamento na Policlínica Lessa de Andrade; o Ambulatório LBT (voltado às mulheres Lésbicas, Bissexuais e Transexuais), com funcionamento no Hospital da Mulher de Pernambuco e a Unidade de Saúde da Família Brasilit, do Distrito Sanitário IV (que atende pessoas trans e travestis).

Figura 5 - Mapa dos equipamentos voltados à saúde de PTT em Recife/PE



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Estes serviços se encontram na baixa, média e alta complexidades e têm funcionado como canalizadores de demandas de saúde LGBTQIAP+. A amostra escolhida, porém, teve por base três, dos quatro serviços identificados, já que o CISAM/UPE é de abrangência Estadual. A escolha se ancorou no fato de estarem em variadas dimensões da complexidade

do atendimento. São eles: o Ambulatório LBT, no Hospital da Mulher de Recife/PE²²; o Ambulatório Patrícia Gomes, na Policlínica Lessa de Andrade; e a Unidade de Saúde da Família — USF Brasilit, no Distrito Sanitário IV. É importante destacar que a escolha da USF Brasilit, do Distrito Sanitário IV, foi motivada pelo pioneirismo de uma médica da Prefeitura de Recife e do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Universidade de Pernambuco, que passou a atender esta população, após permanecer dois anos no Espaço Trans/UFPE angariando expertise nesse tipo de atendimento.

Para estudar o acesso de PTT aos serviços de saúde de Recife/PE, partiremos da seguinte indagação: Qual a resolutividade da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) em relação às demandas de PTT nos diversos níveis de complexidade da atenção em saúde na cidade do Recife/PE?

A pesquisa tem como objetivo geral, analisar a resolutividade da PNSILGBT nos diversos níveis de complexidade da atenção em saúde, na cidade do Recife/PE, em suas respostas às demandas por saúde de PTT. E como objetivos específicos: identificar a relação entre a PNSILGBT e os serviços de atenção à saúde implementados; conhecer a prestação da assistência à saúde de PTT nos diversos níveis de complexidade; e apurar com as(os) usuárias(os) dos serviços a resolutividade das respostas às demandas de PTT na prestação da assistência à saúde.

Com esta pesquisa, busca-se contribuir com a visibilidade das questões que interferem na prestação da assistência à saúde de PTT em Recife/PE, identificando os desafios e às possibilidades de sua operacionalidade; busca-se, também, ampliar o conhecimento sobre o funcionamento da rede e da sua capacidade tecnológica, favorecendo a aproximação entre população e serviços, com vistas à efetividade de uma saúde integral e equânime. As(os) profissionais terão a oportunidade de refletir sobre os seus processos de trabalho e os desafios a serem enfrentados para incorporação das particularidades desta população na prestação da assistência. Em relação ao Serviço Social, busca-se fortalecer o debate de gênero e sexualidade no âmbito desta formação.

²² É importante esclarecer que o Ambulatório LBT é um serviço de média complexidade, porém, foi escolhido por estar inserido na alta complexidade, sendo esta uma dimensão do cuidado em saúde buscada neste estudo. Além do fato deste ambulatório ter peculiaridades em seu funcionamento que o diferencia de outras complexidades, a exemplo do acesso regulado.

1.9 TRILHAS METODOLÓGICAS DA INVESTIGAÇÃO

A vivência com PTT impõe ao cotidiano novos elementos que desafiam as formas convencionais e lineares de percepção e intervenção na realidade. Neste sentido, estar diante de uma população historicamente negada na sua condição humana foi o que inspirou a escolha por uma matriz histórico-crítica, de direção político-emancipatória para nortear o caminho metodológico da investigação. Tudo isso, funcionando como estratégia de aproximação da realidade, a partir de uma maior equidade entre sujeitas(os) da pesquisa e produção do conhecimento.

Pensar uma concepção científica sem perder a oportunidade de valorizar as(os) diversas(os) sujeitas(os) da produção do conhecimento se torna vital para quem trabalha com PTT, considerando o desafio de dar materialidade às vozes que foram e continuam historicamente silenciadas. Esta é a motivação em direcionar a base empírica dessa pesquisa para aquelas(es) que operam e vivenciam a concretude da política. Para construir uma relação ativa e equitativa entre a pesquisadora, o real e a teoria, faz-se necessário buscar racionalidades que sejam capazes de fundamentar dialeticamente a realidade, tomando por base as suas múltiplas determinações.

Nas reflexões sobre a problematização no processo de pesquisa, Salomon (2006), Parafraseando Gian Gilli, explica a sua escolha pelo método dialético de pesquisa, diferenciando-o da perspectiva tradicional:

Na pesquisa tradicional quem a realiza só está obrigado a conhecer uma determinada realidade sem que isso implique *intervir na mesma... sem tomar partido*. Acrescentaria: sem que isso implique o propósito de *transformar a realidade*, como propunha Marx (Salomon, 2006, p. 19 [grifo do autor]).

Segue sua linha reflexiva fundamentando a diferença entre a dialética e a lógica formal:

A lógica formal (...) tornou-se limitada na formulação (lógica e operacional) do problema. O principal motivo é que se trata de uma lógica ontológica e estática, que se ocupa de conceitos absolutizados e universais, e *problematização autêntica* implica contrastação direta com a realidade, que é dinâmica e sempre em transformação. Somente o pensamento dialético descobre as contradições internas da realidade. E tem condições de fazê-las emergir, agudizá-las para superá-las (Salomon, 2006, p. 331 [grifo do autor]).

De acordo com o autor, as proposições científicas precisam surgir da verificação do real concreto, sendo a(o) pesquisadora(or) e suas(seus) interlocutoras(es) elementos ativos da produção do conhecimento.

1.10 O TRABALHO DE CAMPO

Na trilha do pensamento dialético algumas ferramentas metodológicas foram escolhidas, com a função de capilarizar e criticizar a complexa relação entre conhecimento formal e dinâmica social, processos que só submetidos à relação com o real poderão ser traduzidos. Trata-se de uma metodologia histórico-crítica, com a intenção inicial de realizar nove entrevistas semiestruturadas, que combinam perguntas fechadas e abertas para fazer uma análise discursiva de usuárias(os) e profissionais envolvidas(os) com a materialidade do atendimento à saúde de PTT, à luz dos princípios interseccionais.

A escolha de nove entrevistas, sendo três profissionais e seis pessoas trans/travestis: uma(um) profissional e duas pessoas trans/travestis de cada serviço, objetiva proporcionar uma maior equidade na representação dos diversos lugares de fala, sendo as PTT as principais interlocutoras deste estudo. O fato é que a realização desse intento não saiu, exatamente, como planejado na medida em que, mesmo submetida ao Comitê de Ética da Prefeitura de Recife/PE, onde estariam previstas as indicações das PTT pelos próprios serviços, apenas o Ambulatório LBT, do hospital da mulher, cumpriu com o acordado, tornando-se vital lançar mão de outras estratégias para garantir o contingente necessário.

Para retratar a trilha de chegada ao campo precisamos refletir, inicialmente, alguns elementos que permeiam o atual contexto, e que atravessaram, em alguma medida, as questões com as quais nos defrontamos. Não podemos nos abster de que a cultura de confronto à ciência seja uma marca dos tempos atuais, traduzida nas sutis estratégias de fiscalização e burocratização do acesso de pesquisadores ao campo, incorrendo, entre outros, numa discrepância temporal entre universidade e *lócus* de pesquisa. Por outro lado, foi bastante profícuo ter um lugar institucional especificamente voltado ao tratamento das questões relativas ao ensino, pesquisa e extensão, na Prefeitura de Recife. Preveniu a pulverização do trânsito pelos serviços e maiores obstáculos no seu acesso.

De maneira geral, as dificuldades encontradas para adesão às entrevistas podem ser atribuídas, entre outras questões, ao foco imediatista que, muitas vezes, permeia a interpretação da realidade, dificultando o entendimento do real sentido da investigação que, nesse contexto, acaba sendo reduzido às políticas de governo, em vez de políticas de Estado, e à imediaticidade da(os) sujeitas(os) que as materializam.

Outra questão na trajetória da investigação foi a dificuldade de chegar em algumas pessoas consideradas estratégicas na articulação das possibilidades de conhecimento da rede e de acesso à ponta do serviço, principalmente, as que estão na condição de gestoras(es). Esta

difficuldade pode encontrar ressonância num contexto de desmonte dos direitos trabalhistas, que tende a fragilizar os vínculos empregatícios, acentuando riscos de desligamentos e/ou punições, principalmente, para aquelas(es) que ocupam “cargos de confiança” no exercício da função.

O acesso às PTT, por sua vez, não foi fácil devido, principalmente, à falta de *feedback* dos serviços pesquisados. A participação de dois homens trans, um usuário do ambulatório Patrícia Gomes e outro da USF Brasilit só foi possível por causa da articulação feita com uma travesti ativista e usuária do Espaço Trans/UFPE. As outras três pessoas, uma pessoa não binária, uma mulher e um homem trans foram indicações da profissional entrevistada do Ambulatório LBT, no Hospital da Mulher.

A 6ª (sexta) pessoa trans apareceu ocasionalmente, na oportunidade do acolhimento social no Espaço Trans/UFPE, sendo um menino trans, que fez acompanhamento pré-natal na USF Brasilit. Esta entrevista acabou agregando a sua parceira, mulher trans, que resolveu dar o seu depoimento sobre as trilhas compartilhadas com o parceiro pelos serviços de saúde, totalizando 7 entrevistas, que se somam às(aos) 3 profissionais, uma(um) de cada serviço pesquisado, perfazendo um total de 10 entrevistas.

Além das dificuldades junto aos serviços para chegar nas PTT, também foi possível perceber relatos de resistência a pesquisadoras(es) por parte de algumas pessoas trans. Estas(es) expressaram receios, tendo em vista os riscos recorrentes de estigmatização, conservadorismo e/ou exposições indevidas que, em vez de colaborar com as bandeiras de luta, acabam asseverando o preconceito e as interdições no acesso destas pessoas às políticas públicas.

Durante as entrevistas foi buscado um diálogo mais horizontal, no sentido de possibilitar que as(os) sujeitas(os) da pesquisa discorressem sobre o tema sem se prender à indagação formulada. Nessa perspectiva, pela sua característica, a entrevista semiestruturada facilitou a fluência dos relatos, ao mesmo tempo em que norteou a concretização das respostas almejadas pela investigação.

De modo geral, as indagações, direcionadas aos respondentes, conseguiram elucidar desafios e potências importantes na prestação da assistência à saúde de PTT no município de Recife. O roteiro de entrevista funcionou como orientador do diálogo, sem impor limites, sendo, inclusive, potencializado, de acordo com o desfecho. Isso fez com que as(os) entrevistadas(os) se sentissem mais à vontade, expressando narrativas que muito colaboraram para trazer particularidades dessas trajetórias, assim como, inovações na assistência prestada, extrapolando o próprio roteiro.

No que tange às PTT, os discursos foram contundentes, ao se referirem às atitudes discriminatórias ocorridas no interior dos serviços, principalmente, na porta de entrada, com exceção das(os/es) profissionais entrevistadas(os/es), sugerindo a ideia de que a assistência à saúde de PTT, ainda, não consegue extrapolar a desenvoltura das(os/es) suas(seus) materializadores. Além dos processos discriminatórios, merece destaque o hiato entre a assistência prestada e as particularidades destes corpos, que acaba represando as respostas de saúde nas adequações do gênero requerido.

Ademais, as narrativas de PTT sempre nos colocam diante do novo, na medida em que estas pessoas não têm os seus saberes e experiências levados em consideração, sendo esta uma potência para se pensar sobre as iniquidades que atravessam a política de saúde.

É importante reiterar, nos planejamentos em saúde, a voz daquelas(es) que, mesmo silenciadas(os/es), conseguem transcender o “óbvio”, agregando novos sentidos às práticas de saúde, como também, as(os/es) profissionais que, com posturas inovadoras, estão sendo capazes de agregar ao cotidiano novas estratégias assistenciais, possibilitando à gestão elementos mais consoantes com a efetivação do direito à saúde integral e equânime desta população.

Além das fontes primárias, a pesquisa se utilizou de um recorte retrospectivo, com base em dados secundários do banco de dados do Espaço Trans/UFPE, no sentido de subsidiar o levantamento de informações acerca do quantitativo de pessoas que já passaram por este serviço; as que permanecem em acompanhamento regular; e as que se encontram em fila de espera, além de evidenciar variáveis, como: procedência, gênero e procedimentos cirúrgicos realizados, complementando informações acerca das(os) sujeitas(os) em questão.

1.11 *CORPUS* DA PESQUISA

A pesquisa, norteadada pela perspectiva crítico-dialética, alicerça o debate com categorias capazes de complexificar a dinâmica do real, em suas múltiplas determinações, dando materialidade às(os) sujeitas(os) da investigação. Tem como fulcro, tanto autoras(es) clássicas(os), como autoras(es) que ainda não têm legitimidade nos espaços de produção do conhecimento, porém, não menos importantes e essenciais ao processo de renovação teórica e política pretendidas.

Como dito, essas(es) autoras(es) nos fornecem importantes chaves analíticas para situarmos as contradições que estruturam a política de saúde e as suas mediações com a totalidade social. É do movimento recíproco e equitativo das várias dimensões do real que

poderemos iluminar aspectos decisivos e, por conseguinte, encontrar caminhos para a construção de estratégias que efetivem a historicidade das vidas trans e travestis.

Para esse intento, no capítulo I contextualizaremos algumas questões que têm tensionado a legitimação da saúde de PTT, iniciando com a despatologização enquanto condição decisiva no reconhecimento de PTT como sujeitas(os) de direitos. Em seguida, abordaremos aspectos da vida e da (re)existência de PTT, para situá-las(os) como agentes ativas(os) da reflexão, aumentando o poder de capilaridade sobre o que as(os) têm desafiado e o que se tem conquistado no caminho para efetivação de uma saúde integral e equânime. Fecharemos este capítulo refletindo sobre os horizontes das políticas públicas à efetivação da cidadania de PTT.

No capítulo seguinte aprofundaremos o debate, fazendo uma análise sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais que fazem da história brasileira e do mundo contemporâneo verdadeiros protagonistas de uma inserção trans e travesti desumanizante e anticiência.

Por sua vez, no capítulo 3 trataremos dos resultados do trabalho de campo, refletindo sobre desafios e potências à saúde de PTT, com as devidas ponderações sobre uma assistência de saúde que, mesmo diante de alguns avanços, deixa sinais de que ainda há muito a se fazer no caminho para uma saúde trans e travesti, fundada nos princípios do SUS.

Figura 6 - Hormônios à flor da pele



Fonte: Almeida *et al.* (2018).

2 CONTEXTUALIZANDO OS TENSIONAMENTOS À LEGITIMAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS TRANS E TRAVESTIS

2.1 A DESPATOLOGIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA UMA SAÚDE INTEGRAL E EQUÂNIME

A despatologização, se já era uma estratégia de suma importância na luta pela conquista do direito à saúde de PTT, tornou-se uma premissa essencial, considerando os desafios trazidos pela pandemia do Covid-19, no tocante ao recrudescimento das desigualdades sociais e a consequente deslegitimação da diversidade humana.

Para avançar nesta luta, Marini e Favero (2022) chamam atenção para a necessidade de discutirmos a despatologização “para além dos domínios dos manuais de saúde” e se referenciam na trajetória da homossexualidade para mostrar que a patologização desta identidade sexual não foi totalmente superada, apesar das mudanças:

Tomando como referência a homossexualidade, que foi retirada dos guias de transtornos mentais décadas atrás, foi possível notar que, embora tivesse sido despatologizada “nosologicamente” falando, permaneceu patologizada em certos termos. Conforme apontam Miskolci e Pelúcio (2009), foi através da epidemia da AIDS nos anos 1980 que a homossexualidade sofreu uma (re)patologização, dessa vez não sob a justificativa de um adoecimento mental, mas, sim, biológico (...). Movimento parecido tem ocorrido com as pessoas trans e travestis (...) (Miskolci; Pelúcio, 2009 *apud* Marini; Favero, 2022, p.189).

Sem desconsiderar a importância dos manuais diagnósticos, as autoras apontam os condicionantes históricos que forjaram o encarceramento de PTT no campo da saúde, local onde estão posicionadas como meras(os) receptoras(es) de tratamentos, despolitizando, significativamente, as suas possibilidades do acesso à saúde de forma cidadã:

[...] o que a próxima versão da CID nos traz é a reprodução da ideia de que determinadas identidades de gênero são, sobretudo, questões de saúde. E isso reitera a já tradicional concepção de que a transexualidade é um *a priori* clínico, conforme Benjamim (1966) tentava afirmar em seu livro *O Fenômeno Transexual*, quando o autor dizia que a única via terapêutica possível para promoção de “saúde” em transexuais era a realização da cirurgia de transgenitalização. Naquele momento, começaram a se costurar as primeiras conexões entre ser “trans” e ser “paciente” de um serviço (Benjamim, 1966 *apud* Marini; Favero, 2022, p.190).

O aprisionamento da existência trans nos liames da saúde também foi questionado pelos transativistas Palhano & Tenório (2021), ao problematizarem o percurso dos homens trans pelo cotidiano destes serviços:

A compreensão de Léo Tenório era que, em especial para a população de homens trans, as normativas inviabilizavam nossa existência e tutelavam nossos corpos, retirando-nos o direito do acesso à saúde. Vale lembrar que, até hoje, para termos acesso à testosterona, precisamos de uma receita médica especial controlada extremamente burocrática – antigamente, sequer havia médicos para prescrevê-la e, nossa única alternativa, era o mercado ilegal (...) (Palhano; Tenório, 2021, p. 26).

Almeida e Murta (2013) asseveram que foi o discurso médico, munido de cientificidade, quem monopolizou os saberes sobre a transgeneridade e estabeleceu uma fronteira conceitual limitada entre o normal e o patológico. É a condição patologizante que dá a tônica para a negação do direito à saúde de forma integral e equânime.

Embora exista o esforço de alguns setores para romper com o “adoecimento” dos trânsitos entre os gêneros, 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 (Almeida; Murta, 2013, p. 383).

Nessa linha de análise, Marini e Favero (2022) justificam que a luta por políticas públicas para PTT não pode se limitar ao campo da saúde porque não tem sido apenas aí que estas pessoas têm sofrido violações de direitos. Segundo elas, é preciso alavancarmos outros campos da cidadania, onde PTT não são igualmente reconhecidas(os):

o ponto que aparentemente tem sido perdido de vista é que: a partir do momento que a transexualidade se situa como um tema de saúde, postura amplamente abordada como o fim da patologização do gênero, pode estar sendo desconsiderado o modo pelo qual outras esferas da vida dos sujeitos trans e travestis foram afetadas por quase cinco décadas de discurso “científico” acerca do gênero “incongruente/disfórico como um adoecimento. No que pese a produção desse estigma, seria possível acreditar que ele afetou somente o campo da saúde, e que a dimensão da família, educação, trabalho e políticas públicas saíram ilesas de alguma forma? (Marini; Favero, 2022, p.192).

Ainda, no campo da saúde, Marini e Favero (2022) trazem algumas propostas inovadoras para pensarmos a despatologização para além da questão diagnóstica, tomando por base as ideias produzidas por Prado (2018), quando escreve sobre a sua experiência num serviço especializado no atendimento de pessoas trans:

Prado (2018), no seu livro *Ambulare*, que discute sua experiência no Centro de Referência para Atenção Integral em Saúde Transespecífica (CRAIST), propõe que se deve “despatologizar o olhar, a escuta, o pensar, ao perguntar, ao responder, ao escrever um prontuário” (Prado, 2018, p.30). Aqui o autor está se referindo ao que chamou de miudezas da despatologização, pois não lê o termo “patologizar” enquanto uma clássica e caricata relação entre profissionais e atendidos/as. É possível patologizar, inclusive, fora da clínica. Portanto, através do seu engajamento naquilo que há de miúdo, passamos a entender como problemático um processo despatologizante que se direcione apenas à saúde, pois, na pior das hipóteses, engessaria ainda mais a relação entre travestis e pessoas trans com a clínica – ainda que a isso

seja dado o nome de avanço (Prado, 2018, p.30 *apud* Marini; Favero, 2022, p. 192).

Complementando o raciocínio em tela, as autoras trazem Viviane Vergueiro (2015) para refletir sobre as tendências patologizantes dos protocolos clínicos, que tomam as normas cisgêneras como referencial de legitimação das identidades reivindicadas. Trata-se de condutas que concebem o gênero binário como inerente às(aos) sujeitas(os), em detrimento de outras corporeidades (Vergueiro, 2015 *apud* Marini; Favero, 2022). O que converge com a proposição de Bento e Pelúcio (2012) ao analisar a mesma temática tempos atrás: “São os deslocamentos do gênero em relação ao sexo biológico os definidores do transtorno, pois o gênero normal só existe quando referenciado a um sexo genital que o estabiliza” (Bento e Pelúcio, 2012, p. 572).

Marini e Favero (2022) consideram que a valorização das experiências vivenciadas por PTT na legitimação das suas existências deslocam o poder dos protocolos clínicos para as(os) sujeita(os), em sua diversidade:

A necessidade de encontrar uma origem na infância para a identidade de gênero parece responder a uma demanda cisnormativa, que Viviane Vergueiro (2015) aponta como um caráter de permanência ao gênero, ou seja, uma certa estabilidade que se mantém ao longo da trajetória biográfica e que legitimaria as identificações. Nesse sentido, quais os riscos de se assumir a transição de gênero enquanto uma escolha tardia, baseada em outros critérios que não o inatismo? Esse percurso se dá em atuação clínica, ou responde a outros atores sociais como a escola, o trabalho, a vida cotidiana? Nesse caso, como podemos convocá-los a participar e refletir sobre um engajamento despatologizante que esteja distribuído nas relações, não só nos protocolos? (Vergueiro, 2015 *apud* Marini; Favero, 2022, p.194).

Adensando a importância das experiências não normativas no caminho da despatologização, Bento e Pelúcio (2012) trazem a ideia de que o binarismo como solução para as assimetrias com o corpo, ainda que funcione para alguns como um meio de “libertação”, ganha força, exatamente, por afastar quaisquer possibilidades de agregar ao gênero novos significados, a partir de quem os vivencia:

Certamente 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 de identidade de gênero. Dessa forma, ter uma doença, (...) pode apresentar-se como 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).

As referidas autoras ampliam o seu raio de interpretação ao traduzir a força da matriz heterossexual na interdição de quaisquer experiências que venham a subverter o compulsório alinhamento entre gênero, sexo e desejo, sendo este o marco ideológico que tem fornecido as

bases para o adoecimento de todas as experiências que confrontem este alinhamento, concebido como o lugar da normalidade:

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. Esse é o mapa que fornecerá as bases fundamentais para a construção do diagnóstico de gênero (Bento; Pelúcio, 2012, p. 571).

Como se vê, a heterossexualidade aparece como uma espécie de radar focado nos confrontos à binaridade, que naturaliza a diferença entre os sexos e exclui as PTT do acesso a direitos. Continuando na trilha argumentativa para a desconstrução da condição patológica do gênero, Bento e Pelúcio (2012) trazem o seguinte:

O único mapa seguro que guia o olhar do médico e dos membros da equipe são as verdades estabelecidas socialmente para os gêneros, portanto estamos no nível do discurso. Não existe um só átomo de neutralidade nesses códigos. Estamos diante de um poderoso discurso que tem como finalidade manter os gêneros e as práticas eróticas prisioneiras à diferença sexual (Bento; Pelúcio, 2012, p. 579).

Em se tratando de discursos, Bento e Pelúcio (2012) fazem uma diferenciação importante entre usuárias(os) e profissionais de saúde, quando trazem o argumento de que o diagnóstico é a única condição de acesso ao SUS. As PTT defendem, na verdade, o acesso à saúde que, nessa condição, está submetida ao diagnóstico. Diferente das(os) profissionais que usam esse argumento como referencial da prática assistencial, sem, no entanto, lhes esboçarem quaisquer tensionamentos.

Ainda, sobre os discursos hegemônicos no campo da saúde, Bento e Pelúcio (2012) reafirmam a dimensão política dos saberes biomédicos, que, intencionalmente, buscam neutralizar o protagonismo das(os) sujeitas(os) que colocam na cena pública outras possibilidades de ser no mundo:

Se partirmos do pressuposto de que há múltiplas possibilidades de experiências e práticas de gênero, e de que as pessoas que solicitam alterações corporais ou desejam migrar legalmente de um gênero imposto para outro com o qual se identificam são sujeitos capazes de conferir sentido para essas transformações, não há justificativa para definir um protocolo fundamentado no transtorno mental. Questionar o protocolo, nos termos em que vem sendo implementado, é encarar a questão da patologização do gênero e colocá-lo na arena de debates, situando-o como categoria científica, por isso mesmo, histórica, o que significa considerar também o seu caráter político (Bento; Pelúcio, 2012, p. 576).

Nessa esteira reflexiva, as autoras adensam que os saberes médicos não ficam restritos aos manuais diagnósticos, mas, produzem alianças ideológicas com outros saberes para

perenizar a matriz heterossexual como possibilidade exclusiva das políticas sobre o corpo, penalizando as “subversões” com a negação do seu acesso a uma saúde integral e equânime (Bento; Pelúcio, 2012).

Mesmo que a dimensão tutelar continue sendo uma condição imposta às PTT para acesso aos direitos, não podemos deixar de considerar as contradições que atravessam esse processo. É o que nos mostra Coacci (2020), ao analisar a despatologização no contexto das transformações que permearam o julgamento do Supremo Tribunal Federal (STF), ocorrido em 2018, à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275 produzida pelo movimento social, em 2009. Este documento tratou da reivindicação pelo “reconhecimento judicial do nome e gênero de pessoas trans sem a necessidade da cirurgia de transgenitalização, porém, corroborando com a avaliação profissional da medicina e da psicologia” (Coacci, 2020, p. 1190). O autor mostra que, mesmo diante da supremacia das ciências médicas e psis na produção do documento, no tocante à definição das “verdades” sobre o gênero, há de se considerar as transformações ocorridas ao longo dos 9 (nove) anos em que se deu o seu processo de julgamento.

Para esta análise, Coacci (2020) toma por referência a expressão comemorativa do movimento social, por ele denominada “queima simbólica de laudos” sobre a decisão final do STF, cuja deliberação autorizava “a retificação de nome e gênero da pessoa transgênero de forma administrativa, direto no cartório e sem a necessidade de comprovação da transexualidade por qualquer meio que não seja a autodeclaração” (Coacci, 2020, p. 1190). Decisão que avançou em relação ao que foi anteriormente reivindicado.

Sobre o contexto em que o documento foi produzido, Coacci (2020) mostra como as tendências patologizantes no âmbito da ciência sinalizaram as decisões no campo jurídico. “Nesse encaixe, a patologização da transexualidade tem servido como a chave que permite o acesso ao direito” (Coacci, 2020, p. 1197-1198). E pondera, que, se o documento tivesse sido aprovado na íntegra, as pessoas trans teriam maculado a sua dependência, sobretudo, do saber médico para dizer a verdade sobre o seu gênero.

Fazendo um comparativo sobre a interação das variáveis gênero, direito e ciência, contidas nas argumentações jurídicas, nos diferentes contextos, Coacci (2020) consegue mostrar como estes agentes políticos duelaram por dentro e por fora da ação do Estado, e que, mesmo diante das forças hegemônicas patologizantes, novos significados foram se produzindo e sendo agregados ao parecer final, ressignificando o documento e a ação do próprio movimento social.

As referências aos conhecimentos científicos que patologizam a transexualidade, que antes reinavam incontestes nas peças jurídicas, abriram espaço para uma pluralidade maior de referências ou até mesmo, em raros casos, uma predominância de obras com perspectivas não patologizantes. Houve, também, o relaxamento de alguns requisitos exigidos para a retificação de nome e gênero. A comprovação da realização da cirurgia de transgenitalização deixou de ser exigida por um número considerável de magistrados, principalmente, para a retificação de nome e em menor grau para o gênero (...) (Nelson *et al.*, 2019 *apud* Coacci, 2020, p. 1199).

Baseado nas ideias de Vergueiro (2018), Coacci (2020) diz que é a concepção cisnormativa que está por trás da ideia de que o gênero é informado pelo sexo, o que vem a fundamentar a condição transexual como um problema e a justificar o seu acesso ao direito às cirurgias e a retificação de nome e gênero (Vergueiro, 2018 *apud* Coacci, 2020). O que difere da abordagem da Corte Internacional de Direitos Humanos, requisitada pelo jurídico durante o julgamento da ADI 4275. Segundo Coacci (2020) este parecer se apoia num enquadramento despatologizante:

Esse enquadramento não se baseia no pressuposto cissexista de uma figura transexual doente ou em sofrimento como fonte do direito, mas na autonomia de cada pessoa para definir sua identidade de gênero, elemento da personalidade de todas as pessoas (...) (Coacci, 2020, p. 1203).

Ao analisar as movimentações ocorridas nos discursos científicos e jurídicos sobre a transexualidade, durante o julgamento da ADI 4275, Coacci (2020) chama atenção para a importância do que estes discursos poderão produzir na vida de pessoas trans, como, serem chanceladas pelo Estado para acesso a direitos. O que vem a corroborar a necessidade de continuarmos produzindo novas formas de interpretação e inter-relacionamento entre estes importantes agentes políticos.

O gênero tem-se mostrado um elemento central de organização da vida social, de direitos e políticas e, não por acaso, é altamente regulado. Nesse sentido, a história da transexualidade é, de certa maneira, inseparável de uma história do Estado, uma vez que essas pessoas disputam a forma como a sociedade e o Estado classificam as pessoas em diferentes gêneros, bem como, os sentidos atribuídos a esses. (...). Isso quer dizer que a própria distinção entre pessoas cis e trans só faz sentido dentro desse sistema classificatório em que o Estado e a ciência possuem papéis centrais (Coacci, 2020, p. 1205).

Ao que vemos, o protagonismo individual e coletivo de PTT se faz imprescindível para legitimar a sua humanidade na cena política. É o que traremos a seguir, no que concerne às questões que têm desafiado esta população na difícil e intrigante trajetória por (re)existência.

Figura 7 - Gênero e sexualidade



Fonte: Almeida *et al.* (2018).

2.2 SUJEITAS(OS) TRANS E TRAVESTIS E OS DESAFIOS POR (RE)EXISTÊNCIA

Na tentativa de esboçar uma territorialização de PTT como sujeitas(os) produzidas(os) e reinventadas(os) na trama da vida social, abro a discussão com um trecho do musical biográfico de Brenda Lee, utilizado pela transativista dos direitos humanos LGBTQIAP+ Bruna Benevides, no dossiê: *Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021*, publicado, em 2022, pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra):

A rua é mundo cão. É faca, navalha.
É a cara da morte a todo momento.
Vacilou, um passo em falso, um erro, no ponto.
Uma falha, um retalho, remato sangrento.

Na rua não tem paz pra mim ou pra mana.
A polícia, o cliente, o tráfico, o oco.
Eu vivo numa selva urbana, insana.

É a cidade inteira que quer me matar!

Você não duraria nem ao menos 10 minutos,
se estivesse em minha pele pelas ruas da cidade.
Você não duraria...

O poema acima consegue traduzir a densidade do que é viver uma luta incessante por (re)existência, num Estado, que, além de não encampar esta cidadania, forja cotidianamente, por meio de suas representações jurídico-políticas, os sutis mecanismos de sua erradicação. O que nos remete a tratar as violências, esboçadas neste dossiê, como elemento intrínseco à vida desta população. Neste sentido, Benevides (2022) dá capilaridade à questão.

Observamos com perplexidade diversos casos de pessoas trans vítimas de abordagens vexatórias, humilhantes e que incluíram tortura por parte de agentes de segurança pública. Assim como casos em que travestis e mulheres trans tiveram seus corpos incendiados ainda vivas, denunciando o quanto o ritual macabro em torno do fogo, em moldes medievais que lembram a queima das bruxas, reaparece com maior recorrência, na violência contra pessoas trans (Benevides, 2022, p. 8).

Ponderações que assumiram feições de realidade ao acompanharmos um caso no Espaço Trans/UFPE que culminou na extinção da vida de uma travesti, vitimada pelo ateamento de fogo contra o seu corpo, abrigado nas ruas da cidade. Diante dos desafios que o caso impunha, articulamos as diferentes instituições envolvidas, para definirmos conjuntamente um plano de intervenção, mas, fomos surpreendidas por uma rede extremamente pulverizada e, sobretudo, alheia à tais particularidades que, em geral, não são alcançadas pela ação do Estado. Só lhes restando a “consideração” do seu nome *in memoriam* numa casa de abrigo para PTT, inaugurada em tempos recentes.

Para trazer a discussão sobre a violação de direitos de PTT, tendo as violências como uma das suas maiores expressões, Oliveira e Duarte (2022), tomando de empréstimo do próprio Duarte (2018) trazem o seguinte: “tratar do debate sobre saúde da população LGBT implica, necessariamente, falar sobre violações de direitos representada pela heterossexualidade hegemônica e compulsória da ordem social e moral burguesa” (Duarte, 2018 *apud* Oliveira; Duarte, 2022, p. 89). Ideia que traduz a abordagem pretendida no tratamento das questões que situam PTT como portadoras(es) de uma existência violada, a partir da sua inserção no contexto das relações sociais.

Buscando nomear PTT, lançamos mão do conceito de Menezes, Santos e Souza (2021) para conectar estas(es) sujeitas(os) às suas múltiplas dimensões:

Transexualidade e travestilidade não são conceitos homogêneos entre as pessoas trans, visto que as construções dos sujeitos são múltiplas, dependendo de suas vivências. Essas vivências, portanto, são entendidas, além da produção da subjetividade de cada sujeito, com base nos processos históricos e políticos. Em comum, as duas categorias não se identificam com o gênero atribuído na nascença e, na construção da subjetividade, utilizam recursos para adequação do corpo à identidade de gênero que se reconhecem (Menezes; Santos; Souza, 2021, p. 1891).

Outra reflexão sobre PTT, que as conecta com a sua condição socio-histórica pode ser encontrada no trabalho dos transativistas Palhano; Tenório (2022), ao historicizarem a existência das transmasculinidades no Brasil:

Nossa existência foi invisibilizada pela maior parte da sociedade por séculos. Em nosso país, o hegemônico sistema ideológico branco-ocidental-judaico-cristão materializou valores ao longo da história em que as categorias de gênero, heterocisnormativas e machistas, eram fundantes. Isso foi expresso nos valores da família patriarcal, da narrativa histórica dos “grandes

homens” (esquecendo-se das mulheres) e da razão iluminista, essencialmente, branca e masculina. A partir desta visão de mundo, as mulheres (brancas) seriam mais sensíveis, emotivas e, portanto, mais irracionais. Ainda de acordo com esse sistema ideológico, mulheres negras e indígenas, a princípio, não ocupariam nem mesmo a categoria de “humanidade”. Homens trans e transmasculinos então sequer teriam o direito à existência (Palhano; Tenório, 2022, p. 79-80).

É compreendendo a conexão de PTT com a dinâmica social que poderemos desvendar as causalidades das violências a que estão submetidas(os). É o que Menezes, Santos e Souza (2021) nos diz, ao refletir sobre a discriminação contra pessoas trans:

É preciso ter em vista que a população trans sofre um contínuo processo de marginalização social por fugir das normas de gênero da hegemonia. Dessa forma, pobreza, desemprego e evasão escolar são aspectos sociais que constituem suas vidas (Menezes; Santos; Souza, 2021, p. 1891).

Tomando por base a dimensão geopolítica do Estado na promoção de políticas públicas, Benevides (2022) ressalta o quanto não se reconhece a violência contra PTT e, muito menos, se promove ações de prevenção e controle destas violências:

Seja por ação ou por omissão, muitos estados têm-se furtado de reconhecer a existência de uma violência específica, que inclui a orientação sexual e/ou a identidade de gênero das pessoas como fator determinante dessa violência e das violações de direitos humanos, sociais e políticos, e pautar política de enfrentamento das mesmas, que garantam dignidade, respeito, proteção e a garantia dos direitos das pessoas trans e não binárias (Benevides, 2022, p. 10).

A afirmação acima, encontra ressonância no Mapa da Violência de 2021 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²³, quando mostra que entre 2011 e 2019 foram registrados, no Disque 100, uma média de 1.666 casos de denúncias de violência contra pessoas LGBTQIAP+. Ao analisarem a série histórica destes registros, o IPEA identificou uma queda abrupta em 2019, sugerindo um aumento da invisibilidade da violência contra esta população. Variação que não foi encontrada no estudo de outras populações como idosos, pessoas com deficiência e crianças e adolescentes. Ao cruzarem os dados do Disque 100 com as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), verificaram que neste mesmo ano não houve redução das violências contra LGBTQIAP+ no SUS. Questões que só corroboram o desempenho do Estado em manter a interdição destes corpos no interior das políticas públicas.

Benevides (2022), ao introduzir as motivações de sua pesquisa, faz questão de alertar para o fato de que os impactos da transfobia precisam ter visibilidade na produção das políticas e na própria forma como o Estado lida com a violência. Isso implica na necessidade de sua criminalização e qualificação, através da inserção da identidade de gênero nos registros

²³ Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/atlas-violencia-2021-v7.pdf>

e na investigação de casos, para que se possa, então, gerar subsídios que traduzam as suas motivações violentas. É preciso fazer o nexo entre as corporalidades não normativas com os crimes de ódio praticados contra PTT, para que se possa respaldar a efetividade das respostas estatais.

Na linha do que vem chamando de *política de morte*, Benevides (2022) aponta o poder de algumas “ferramentas”, que tem ajudado a perpetuar as violências, sendo algumas realçadas aqui:

- Ideologia politicamente dominante colonialista, cissexista, racista, autoritária, patriarcal, negacionista, anti-ciência e anti-gênero na estrutura do estado (...);
- Interferência direta no Estado de uma ideologia religiosa em detrimento do estado laico (...);
- Não reconhecimento e garantia da proteção através da Lei Maria da Penha ou a tipificação das mortes como feminicídio (Benevides, 2022, p. 20 - 21).

Mesmo diante da impossibilidade de abarcar a magnitude do problema da violência, o dossiê da Antra de 2022 consegue lançar dados importantíssimos para romper com o pacto de silêncio patrocinado pelo Estado. “São Paulo (25 casos) foi o estado que mais matou a população trans em 2021, se mantendo no topo do *ranking* pelo terceiro ano consecutivo, seguido da Bahia (13 casos), Rio de Janeiro (12 casos) e Ceará, que empata no 4º lugar com Pernambuco (11 casos)” (Benevides, 2022).

Os dados só ratificam que a subversão às normas impostas ao corpo funciona como um fundante da violência, realçada pela intersecção: gênero, sexualidade, raça e classe. A importância dos sistemas de notificação, enquanto subsídio indispensável à visibilidade das violências contra LGBTQIAP+, também foi realçada por Oliveira e Duarte (2022), ao refletirem sobre a magnitude do problema na realidade brasileira:

O país que mais mata LGBT no mundo, de acordo com relatórios dos movimentos sociais, como Grupo Gay da Bahia (GGB), Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) e Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais (ILGA), é também o que, por parte do Estado brasileiro, tem ausência de registros oficiais, um verdadeiro apagão estatístico sobre os dados das discriminações e mortes de LGBT (...) (Oliveira; Duarte, 2022, p. 93 - 94).

São expressões cabais de que as violências contra estas pessoas não podem ser tratadas de forma residual. Mas, mesmo que esta narrativa, e, tantas outras, escancarem a realidade, Benevides (2022) mostra como isso não tem pautado as respostas por parte do Estado brasileiro:

A influência religiosa junto ao estado se agrava em momentos de crise e faz crescer um forte sentimento conservador com ideais misóginos, machistas e LGBTIfóbicos, promovendo ataques à democracia, ameaças ao estado laico, enfraquecimento de políticas sociais e de apoio ao trabalhador. Contribuindo

de forma direta para o cenário distópico que temos vivenciado e colocado mulheres, pessoas negras e LGBTQIA+ em risco aumentado de violências. (...) O Brasil não tem assumido a proteção de raça (etnia e grupo) em suas ações governamentais, campanhas e políticas públicas, mesmo comprometendo-se nas assembleias da ONU e junto a outros órgãos internacionais. O mesmo tem ocorrido em relação a violência de gênero e àquela motivada pela discriminação por orientação sexual e/ou pela identidade de gênero das pessoas LGBTQIA+ (...) (Benevides, 2022, p. 12).

Tomando por base as linhas reflexivas em tela, podemos dizer que a violência contra PTT não pode ser traduzida, apenas, pela sua mensuração. É preciso trazer a multiplicidade de fatores que a conectam com uma dinâmica estruturalmente desigual e excludente. Considerando a importância de contextualizar a violência para encontrar os seus fundamentos, Murta (2022) chama atenção para a saúde como *locus* privilegiado para onde convergem os efeitos destas violências:

Sem desconsiderar os assustadores números de assassinatos de LGBTQIA+ no Brasil e suas consequências nefastas, um primeiro aspecto a ser destacado nos desafios impostos no enfrentamento à LGBTIfobia no SUS, refere-se ao reconhecimento dos efeitos concretos desta violência sobre a saúde física e mental de suas vítimas. O cotidiano de estar sujeito a violências de diversas ordens por estar em desacordo com a normatividade sexual e de gênero, especialmente quando associada ao machismo, racismo e misoginia, provocam intenso sofrimento e, por consequência, há um aumento das taxas de morbimortalidade desta população (Murta, 2022, p. 84).

No tocante às violações praticadas nos espaços de saúde, Oliveira e Duarte (2022) também fazem alusão para a necessidade de um maior investimento em mecanismos de responsabilização, capazes de interditar o ciclo da LGBTfobia, “na medida em que estas atitudes afastam LGBT dos serviços de saúde, pois o ambiente do cuidado é contaminado por preconceito e ações discriminatórias que se apoiam no modelo rígido binário heteronormativo” (Oliveira; Duarte, 2022, p. 97).

Complementando a reflexão, os autores adensam que o foco medicalizador e patologizante das práticas de saúde, têm funcionado como mais um aliado da violência contra LGBTQIAP+, na medida em que potencializam a interdição da cidadania LGBTQIAP+:

Neste sentido, a rede de proteção e de cuidados em saúde que prima a PNSI-LGBT, visa promover a qualidade de vida desses sujeitos, refutando a associação à patologização, do mesmo modo, sua medicalização, vetando atitudes de discriminação e as barreiras de acesso, dentre outras situações. Na medida em que esses processos discriminatórios ainda são enfrentados cotidianamente por LGBT nos serviços de saúde e se configura como violação de direitos humanos (Oliveira; Duarte, 2022, p.93).

Uma questão não menos importante para a saúde de PTT, diz respeito ao uso do nome social. Cavalcante (2018), baseada em um estudo americano com jovens transgêneros sobre o uso do nome social, diz que “respeitar nome social reduz riscos de suicídio e depressão”. Esta

ideia se baseou nos resultados da pesquisa: “quem pode usar o nome escolhido em mais ambientes apresenta até 71% menos sintomas de depressão, pensa 34% menos em suicídio e tem o risco de tirar a própria vida reduzido em 65%, em comparação aos entrevistados que são constantemente chamados de outras formas”.²⁴

Em um outro estudo intitulado: *Pensamento Suicida entre a População Transgênero: um estudo epidemiológico*, realizado num ambulatório de pessoas transgêneros, no Distrito Federal, Corrêa *et al.* (2020) traz a seguinte ponderação:

Esses indivíduos sofrem com preconceito, discriminação, sentimento de invisibilidade e violação de todas as naturezas promovidos pela sociedade do mundo atual. Tais condições dificultam, ainda mais, o acesso dos transexuais aos serviços públicos, entre eles a educação, saúde, meios sociais e segurança pública. Eles apresentam, ainda, como agravantes de sua saúde riscos à integridade psíquica, física e moral, causando redução de qualidade de vida e promovendo danos à saúde mental e física principalmente, sendo os processos de sofrimento e sensação de inferioridade os principais exemplos (Corrêa *et. al.*, 2020, p. 13).

Todos esses estudos fundamentam com maestria, questões que atravessam a vida destas pessoas, na incansável trajetória por reconhecimento individual e coletivo, mas que ainda não conseguem mobilizar a ação do Estado. A conjunção de tantas variáveis, aliadas na contramão da efetividade dos direitos de PTT, obviamente, tensionam as possibilidades de (re)existência e impõem riscos à própria vida, como foi observado por Corrêa *et al.* (2020):

Há uma conexão direta entre suicídio e saúde mental precária, (...) O suicídio e a automutilação são problemas graves entre minorias sexuais e tendem a ser determinados por um ambiente homofóbico e transfóbico, vários antecedentes da má saúde mental e fatores como desemprego e dívidas, no contexto de um prolongado declínio econômico. (...) Os transgêneros, especialmente os jovens, configuram-se como suscetíveis a piores condições de saúde mental, com predisposição a desenvolver depressão, ansiedade, autoflagelação e comportamento suicida, quando comparados à população cisgênera (...) (Corrêa, *et. al.*, 2020, p. 14).

A abordagem dos riscos à vida, por outro lado, requer delicadeza no trato, na medida em que, contraditoriamente, podem funcionar como mais um meio de encarcerar esta população nos limites do diagnóstico patologizante, se não estiver devidamente contextualizada. É o que nos mostra Bento e Pelúcio (2012), com a “visão suicidógena”:

As pesquisas de Áran, Bento, Lionço e Teixeira mostram a fragilidade dessa pré-dica que anuncia as pessoas transexuais e travestis como potencialmente suicidas. Esse argumento sustenta a defesa da necessidade de um protocolo rígido, que obriga as pessoas trans a realizarem acompanhamento terapêutico como forma de protegê-la de seus próprios desejos. Procedimento que, por meios institucionais, escamoteia a posição hegemônica de que essas pessoas são transtornadas, portadoras de subjetividades desconectadas com a realidade e, portanto, sem condições psíquicas de administrar suas escolhas.

²⁴ Disponível em: <https://www.metropoles.com/vida-e-estilo/comportamento/respeitar-nomesocial>

Essa é uma estratégia discursiva que retira a autonomia e não reconhece a condição de sujeitos das transexuais e travestis (Aran, 2005, 2006; Lionço, 2009; Teixeira, 2009; *apud* Bento; Pelúcio, 2012, p. 576).

Importante colocação para entendermos que os condicionantes do sofrimento atribuídos às PTT nos serviços de saúde têm o poder de mistificar o seu processo socio-histórico de negação existencial. Porém, como a realidade é contraditória, esta negação não consegue interditar o protagonismo destas pessoas, que se reinventam na dinâmica da vida social. É, por exemplo, o caso dos homens trans, ao fazer dos meios virtuais espaços de articulação e fortalecimento, como retrata Palhano; Tenório (2022), ao historicizar o surgimento do movimento de homens trans e transmasculinidades:

A internet naquele momento foi a principal plataforma para troca de experiências e informações, serviu como ferramenta de socialização dos homens trans, empoderamento, criação de redes de apoio e sensibilização da sociedade cisgênera. Estes espaços virtuais serviam para suprir a demanda de informações sobre cirurgias, uso de testosterona e de tecnologias para ocultar as mamas, técnicas para criar um volume na região genital, urinar em pé, uso e compra de próteses penianas, o contato e endereço dos poucos serviços de saúde ou advogados que atendiam transexuais, além de compartilhar fotos de mudanças físicas decorrentes da terapia hormonal e das cirurgias realizadas (Palhano; Tenório, 2022, p. 89-90).

Pensando nas estratégias de resistência, estes autores ressaltaram a importância que foi para o movimento se colocar na cena política, a partir dos seus próprios referenciais, da imposição de suas narrativas, agregando à realidade, novas significações sobre o seu existir:

Neste ponto, destacar que a estratégia dos homens trans de assumirem a liderança na produção de discursos sobre si mesmos, se colocarem no lugar de formadores de opinião sobre a identidade de homens trans foi bastante eficiente. Isto foi um catalisador da geração de empatia e alteridade para nossas questões psíquicas e sociais (Palhano; Tenório, 2022, p. 91).

Um dos grandes desafios relatados por Palhano e Tenório (2022) no processo de organização política, foi unificar sujeitos com sociabilidades profundamente marcadas por extremas desigualdades, levando o próprio movimento a perceber a importância da interseccionalidade como caminho possível para uma coalizão pautada na equidade de suas representações.

Os desafios de lidar com as intersubjetividades e as intersecções impulsionaram o recente movimento de homens trans a repensar-se e encontrar novas soluções para uma articulação em rede. O movimento, naquele momento, precisava lidar com as intersubjetividades e as diversas realidades vividas pelos homens trans. Raça, classe, regionalidades, geração, identidades de gênero e sexualidades faziam parte dos diálogos iniciais, que precisariam ser contemplados e acordados pelas próprias pessoas que se identificavam com as transmasculinidades antes que suas lideranças pudessem exercer uma atuação de fato mais representativa nos espaços de controle social (Palhano; Tenório, 2022, p. 29).

Uma questão interessante no processo organizativo dos homens trans foi a preocupação do movimento em superar a condição “salvacionista” da representação política, para uma ação multicêntrica e interseccional dos sujeitos ativistas, enquanto coletividades conectadas e com capacidade de agregar as intersubjetividades.

[...] mas, somos, principalmente, os trans das classes médias e os periféricos favelados, de comunidade, das quebradas – muito oprimidos, que de um tempo para cá têm se esforçado em produzir narrativas autônomas e lutar pelas suas próprias histórias de vidas, em especial, os homens trans negros. Há homens trans, ativistas ou não, nos interiores do Sul, do Centro-Oeste e do Norte do Brasil. Há também muitos homens trans do campo, interioranos, caipiras, roceiros e sertanejos. (...) O ponto é que somos poucos, mas existimos em todos os lugares (Palhano; Tenório, 2022, p. 35).

Parece-nos que um dos grandes desafios, para os movimentos empreenderem um caráter ofensivo às suas lutas é conseguir universalizar as suas pautas, sem suprimir as suas singularidades. Mas, como trilhar esse caminho sem reeditar a negação da heterogeneidade que, historicamente, não têm tido lugar no contexto das racionalidades hegemônicas?

Refletindo sobre o potencial das pautas singulares e universais, Silva (2011) considera a importância de ultrapassarmos perspectivas reducionistas, estigmatizantes e universalistas que polarizam a discussão e comprometem as possibilidades de alianças no campo das lutas democráticas. Neste sentido, chama atenção para os tensionamentos epistemológicos, no campo das forças de esquerda, que se antagonizaram nos caminhos de interpretação da realidade e trouxeram, como consequência, uma dificuldade para alianças entre diversidade humana e luta de classes.

A classe deve atentar para a heterogeneidade de sua composição interna, atravessada por mediações de gênero, diversidade sexual e outras, assumindo na análise e na atividade prática que ela é constituída pelos sujeitos vivos e realmente existentes (Silva, 2011, p. 58).

A aliança entre as categorias, totalidade social e diversidade humana, sinalizada pelas reflexões empreendidas por Silva (2011, p. 61): “torna-se indispensável ao adensamento do caráter ofensivo das chamadas lutas particularistas e apontam para a chance da radicalidade das agendas, em sua complexidade”.

A nossa condição de brasileiras (os), marcada por altos índices de desigualdade social, econômica, política e cultural não poderia instrumentalizar coalizões derivadas de uma articulação abstrata, linear e homogênea. O questionamento ao sujeito universal se faz essencial para captar as potencialidades que ficaram e continuam de fora dos espaços formais de luta e de efetivação de direitos. É o que assevera Carneiro (2011),

o debate focalização *versus* universalização se constitui um embuste se não admitirmos que, historicamente, as políticas universalistas não vêm realizando sua concepção ideal de romper com a gradação de direitos. Para

que elas possam corresponder a essa concepção ideal, é mister reconhecer os fatores que vêm determinando a reprodução das desigualdades que elas eternizam e tomar a focalização como instrumento de correção desses desvios históricos, e não como alternativa de política social (...) (Carneiro, 2011, p. 99).

No debate sobre a correlação universalidade²⁵ x particularidade como meio de interpretação do tecido social, poderíamos sugerir que Carneiro (2020), tomando de empréstimo das ideias do poeta negro Aimé Césaire, chama atenção para o fato de que diluir-se na universalidade é perder-se, assim como, ser aprisionado na particularidade é segregar-se postulando, com isso, que a universalidade não pode prescindir da diversidade na interpretação do real:

as duas maneiras de perder-se são: por segregação, sendo enquadrado na particularidade, ou por diluição no universal”. A utopia que hoje perseguimos consiste em buscar um atalho entre uma negritude redutora da dimensão humana e a universalidade ocidental hegemônica que anula a diversidade (Carneiro, 2020, p. 5).

Indo mais longe no desafio de valorizar a diversidade numa perspectiva representativa das(os) sujeitas(os) e de suas experiências, Werneck (2010) analisa o protagonismo das mulheres negras a partir de novos elementos históricos, lhes conferindo um alcance sobre as suas múltiplas singularizações, negadas nos espaços hegemônicos de produção do saber:

As mulheres negras não existem. Ou, falando de outra forma: as mulheres negras, como sujeitos identitários e políticos, são resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos. (...) Ao afirmar estas heterogeneidades, destaco a diversidade de temporalidades, visões de mundo, experiências, formas de representação, que são constitutivas do modo como nos apresentamos e somos vistas ao longo dos séculos da experiência diaspórica ocidental (...) (Werneck, 2010, p. 10).

Tratando do processo de colonização e escravização dos povos negros, Werneck (2010) nos diz do quanto o racismo foi funcional para deslegitimar o continente africano e garantir a sustentabilidade do desenvolvimento econômico, político e cultural, impondo a resistência como única forma de existência:

se não houvesse um movimento de colonização com força econômica, política e cultural amparado num racismo baseado na cor da pele e na deslegitimação e negatização dos significados e significantes relacionados à África em sua heterogeneidade ou singularidade... Se tais esquemas de

²⁵ É importante ressaltar que o termo *universalidade* foi historicamente cunhado pelo pensamento europeu, branco e colonizador para estabelecer hierarquias, negligenciando as múltiplas diferenças que pautam a nossa existência biológica psíquica, mental, sexual, econômica, cultural, política, etc. Portanto, há uma falácia em ser genérico, na medida em que a natureza humana é diversa, em sua origem.

dominação, apoiando-se nas regras da modernidade capitalista (e neoliberal), não demonstrassem um vigor contemporâneo... E se a resistência a estes cenários não fosse um imperativo de sobrevivência, talvez não houvesse mulheres negras (e, é claro, não apenas nós) (Werneck, 2010, p. 11).

Bento (2006) ao discorrer sobre a importância das abordagens plurais da produção feminista na leitura dos sistemas de opressão, nos sinaliza “o quanto a universalidade do conhecimento dificulta deslocamentos capazes de alcançar a multiplicidade de experiências e vozes que não foram consolidadas” (Bento, 2006, p. 70). O caminho que nos deve orientar precisa ter lugar para as dúvidas, as incertezas, estar aberto às novas significações.

Refletindo sobre o lugar das sexualidades dissidentes na produção das teorias feministas, Irineu (2016) nos mostra a “importância do questionamento ao sujeito universal para o encontro das vozes de resistência historicamente silenciadas” (Irineu, 2016, p. 71). A autora mostra como o elenco hierarquizante, estabelecido pelo processo de colonização, torna a capilaridade epistemológica um dispositivo fundamental para o conhecimento da complexa dinâmica societária, e se torna indispensável ao processo de coalizão das lutas por cidadania.

As tentativas de universalização das forças sociais, sem mediação com a heterogeneidade das(os) sujeitas(os) políticas(os), podem facilitar riscos de simplificação do complexo mosaico de produção das singularidades. A materialização social e política destas experiências é atravessada por contradições que precisam ser desvendadas em suas dinâmicas, para consolidarmos, nos espaços formais, suas reais demandas.

Ao que se observa, muitos são os caminhos trilhados e muitos a se trilhar na busca pela condição cidadã desta população. Nada melhor do que a historicidade da implementação das políticas públicas, para retratar as lutas e os desafios que se colocam na cena política, a despeito dos sofisticados mecanismos de sua negação.

Figura 8 – No urologista



Fonte: Almeida et al. (2018).

2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO HORIZONTE DE CIDADANIA

Para discorrer sobre a trajetória de PTT na luta por cidadania, tomamos como referência de análise as políticas públicas, voltadas à população LGBTQIAP+, considerando o tratamento da pesquisa com a questão do acesso à saúde. Porém, não se pretende com isso reduzir as expectativas por cidadania trans e travesti às conquistas dos marcos jurídico-legal, vez que eles não têm a radicalidade necessária para a transformação real.

Estar em um contexto permeado por antagonismos de classe, torna cada vez mais desafiadora a luta pela garantia de direitos. Mesmo demandando a ampliação do estatuto da cidadania, o movimento LGBTQIAP+ precisa continuar articulando e universalizando a pluralidade de seus interesses históricos, no sentido de buscar os horizontes emancipatórios. É preciso continuar mobilizando esforços e compreensões, capazes de romper com o ciclo reprodutivo da ordem vigente.

Observando a dinâmica de PTT no trabalho cotidiano, nos deparamos com uma capacidade exponencial de reinvenção e de resistência, a despeito da pulsão de morte e de negação que lhes são direcionadas. Mesmo buscando adequação corporal, as PTT lançam sobre o real novos elementos, que tendem a desestabilizar a ordem societária, politizando a heterogeneidade das questões totalizadoras. Há uma série de manifestações da vida real que precisam ser alcançadas, para que esta população possa transcender os limites da legalidade cidadã, em que pese a sua importância, pois, as transformações radicais só poderão ser consolidadas pela coalização das(os/es) sujeitas(os/es) políticas(os/es) em permanente luta. É nesse contexto que será tratada a trajetória de LGBTQIAP+ na luta pela conquista de políticas públicas.

Guiado pela luta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a integrar o tripé da Política de Seguridade Social, no texto constitucional de 1988, representando um marco histórico na conquista de direitos e efetivação da democracia. Uma das suas grandes contribuições foi a compreensão multideterminada do processo saúde-doença e o enfrentamento do modelo hegemônico médico-centrado (Senado Federal, 1988).

Diante desta configuração, novas demandas foram surgindo e dando visibilidade aos diferentes sujeitos e suas necessidades. A implementação do SUS foi, gradativamente, efetivando o princípio da equanimidade, dando suporte à luta pela incorporação das singularidades no processo de atenção à saúde.

No caso da população LGBTQIAP+, foi a partir dos anos 2000 que se observou, entre outras pautas, maior intensidade do debate acerca do combate à violência, à discriminação e à urgência da equidade no âmbito das políticas públicas, permeado pela perspectiva da garantia de direitos. Com fulcro no Programa Brasil Sem Homofobia, (PBSH) lançado pelo Governo Federal, em 2004, com fins de promover a cidadania LGBT, o Estado passa a reconhecer a discriminação contra esta população na prestação das políticas públicas, e deflagra o processo de implementação de ações de enfrentamento dessa realidade, inclusive no âmbito da política de saúde (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004).

As variantes que tensionam a efetividade das políticas extrapolam o âmbito governamental e agregam, sobretudo, dimensões econômicas, sociais e políticas, que refletem interesses societários em disputa. São várias as dimensões que as políticas se propõem a enfrentar dentro do seu próprio desenvolvimento. Ela poderá sinalizar para a afirmação e/ou negação dos interesses dos diversos grupos sociais. Negando, poderá provocar novas formas de enfrentamento e resistência e, neste sentido, demandará uma intervenção política que aponte para a sua ressignificação, e para os ajustes aos propósitos para os quais foi formulada.

Tratar da cidadania de PTT, nessa ordem, requer visibilidade aos processos de opressão e exploração que lhes afetam. Menezes, Santos e Souza (2021) destacam a importância da PNSILGBT na interpretação das variáveis que nomeiam estes condicionantes, intrínsecos ao adoecimento desta população:

Uma das mais importantes considerações da política é a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde, junto com idade, etnia e classe social. Em outras palavras, o reconhecimento permite entender como a discriminação e o preconceito podem atuar de forma negativa no processo *saúde-doença* da população (Menezes; Santos; Souza, 2021, p. 1889).

Significa dizer que quando a política de saúde reconhece que há outros determinantes na relação saúde-doença, não restritos à classe social e as condições de vida, há uma ampliação em direção aos impactos subjetivos/psicológicos que atravessam a vida desta população devido, principalmente, às questões discriminatórias na sociedade.

Pensando na multiplicidade de variantes que atravessam a materialidade de uma política, Irineu (2014) analisa os 10 (dez) anos do *Programa Brasil Sem Homofobia*, tomando por base o processo socio-histórico das lutas LGBT no campo das políticas públicas. Com base em Bhering (2008), a autora ressalta as contradições que atravessam as lutas e conquistas LGBT e a importância da leitura do contexto sociopolítico como norteador das produções reivindicativas (Bhering, 2008 *apud* Irineu, 2014, p. 210).

Nessa linha de análise, Irineu (2014) afirma que foi a partir dos anos 2000 que as especificidades das demandas LGBT adquiriram um caráter mais coletivo, sobretudo, quando as identidades denunciaram que as interdições ao campo privado encontram os seus fundamentos na dinâmica da vida pública. A publicização da vida privada de LGBT's, de acordo com a autora, consiste em buscar nas contradições da vida social os determinantes das interdições pessoais que consolidam os sistemas de opressão e de negação de direitos:

interessa-nos compreender os processos de resistência e ressignificação propostos pelos movimentos LGBT e sua imersão na arena política, visibilizando questões do âmbito privado ao espaço público. Isso se dá a partir do entendimento das condições que tornam a homossexualidade um elemento de desqualificação e de subalternização dos sujeitos e da forma pela qual a opressão e a inferiorização negam reconhecimento dessa sexualidade como possibilidade erótica legítima e passível de acolhimento social e proteção jurídica (Irineu, 2014, p. 203).

Tomando para si o lema feminista “o pessoal é político”, o movimento LGBTQIAP+ problematiza como a discriminação e os preconceitos geram a precarização de suas condições de vida e sofrimento, apoiados na ausência de proteção social, por meio de políticas públicas e reconhecimento jurídico. Não à toa o movimento envida esforços na produção de conhecimento acerca das contradições que permeiam as suas existências.

Juntamente com Mello (2010), Irineu (2014) reforça a importância das reflexões produzidas por LGBT's, ao problematizarem a íntima relação entre a subversão aos padrões moralizadores e a consequente negação do seu acesso aos sistemas de garantia de direitos:

É importante ressaltar que o modelo de família, que baliza as políticas neoliberais, é o de uma família heterocentrada, composta nuclearmente por uma figura masculina e outra feminina, cujas relações reiteram as hierarquias de gênero, já denunciadas pelos movimentos feministas e LGBT desde os anos de 1960, sendo organizado através de um sistema patriarcal e de um “familismo anti-homossexual” (...) (Mello, 2010 *apud* Irineu, 2014, p. 211).

Estas reflexões nos fazem lembrar de que estamos imersos numa dinâmica essencialmente contraditória, que se reflete na ação de um Estado hegemonicamente voltado para a legitimação dos padrões morais conservadores. É quando Irineu (2014) chama atenção para a direção neoliberal dos escritos do Programa Brasil sem Homofobia, ao conferir à identidade uma dimensão personificada e limitada às(aos) sujeitas(os) demandantes. A autora assevera que o foco na identidade dificulta a capacidade ofensiva dos movimentos em submeter as normativas sociais ao debate histórico-crítico, limitando o alcance da intervenção da política em tela:

As marcas da política identitária são perceptíveis, em especial nos termos contidos no glossário do BSH, que permeiam a essencialização das identidades e o determinismo da sexualidade. (...) Essas incoerências parecem configurar um cenário de dificuldades de conquistas, exatamente

pela incapacidade de questionamento dos padrões de convenção e pela recusa de políticas que corroborem a heteronormatividade, que fortalece, ainda mais, a homofobia presente no Estado (...) (Irineu, 2014, p. 198-199).

As tendências neoliberais da relação entre ativismo LGBT e Estado também foram observadas por Irineu (2014), ao identificar a transferência das responsabilidades públicas para as Organizações não Governamentais (ONG's), que passaram a assumir o papel do Estado na execução da política, questão já apontada por Benevides, no trato do dossiê da Antra, em 2022:

as ações compreendidas no Programa Brasil sem Homofobia (BSH) tiveram o protagonismo da execução centralizado nas mãos das ONGs de ativismo, o que demonstra a falta de *expertise* no debate sobre a efetivação dos direitos LGBT, que pode ser reflexo de uma histórica não responsabilização do Estado com a prestação de serviços sociais a essa população, que se iniciou com a epidemia da AIDS (...) (Irineu, 2014, p. 197).

Sem desconsiderar o protagonismo do movimento LGBT na trajetória de lutas e resistências, Irineu (2014) reafirma a complexidade dos imensos desafios que se colocam no devir, em meio a um Estado cada vez mais destituído do seu compromisso com a amplitude e heterogeneidade das demandas sociais:

Há que se considerar que o movimento LGBT hoje está cada vez menos unísono, somando vozes diversas e divergentes na luta pelos direitos LGBT. No que se refere às demandas por políticas públicas, é recorrente que o Estado eleja seu interlocutor prioritário entre tantas vozes. Ainda que uma conferência oportunize e expresse essa multiplicidade de sujeitos, esse mecanismo não está ileso às querelas entre partidos, aos segmentos identitários e às associações de ativismo, pois esses processos implicam também disputas de projetos societários (Irineu, 2014, p. 215-216).

Seguindo a trilha do debate no campo dos direitos LGBT, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSILGBT), visando à redução das históricas barreiras de acesso e de cuidado a estas(es) sujeitas(os), em conformidade com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (Senado Federal, 2013).

No campo próprio à saúde da população LGBT, é necessário que os princípios de universalidade, integralidade e equidade constitutivos do SUS sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade (...) (Mello *et al.*, 2011, p. 24).

Historicizando o processo de implementação da PNSILGBT, Oliveira e Duarte (2022) falam da íntima relação das políticas LGBT com os princípios do SUS, pontuando a necessidade de se compreender a sua transversalidade com outras políticas:

A PNSI – LGBT é um dos desdobramentos das ações propostas pelo Brasil Sem Homofobia (BSH): Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual (Brasil, 2004), além de

reforçar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a integralidade e a equidade, para compreender os sujeitos e as suas necessidades distintas de saúde (Brasil 2004 *apud* Oliveira; Duarte, 2022, p. 90).

A PNSILGBT, entre outros norteadores, busca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão como forma de adoecimento. Suas diretrizes e objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades sociais e políticas, que impactem na qualidade de vida de pessoas LGBT (Senado Federal, 2013). Arán e Murta (2009), refletindo sobre o pensamento de Martins (2004), nos traz que:

Ainda que a transexualidade esteja definida como um transtorno mental e a institucionalização da assistência a essa população esteja baseada em um modelo biomédico, o fato de se definir uma política de saúde integral tendo como referência os princípios do SUS permite uma ampliação da noção de saúde, a qual não deve ficar restrita à ausência de doença (...) (Martins, 2004 *apud* Arán; Murta, 2009, p. 23).

Avaliando os dez (10) anos de implementação da PNSILGBT, Murta (2022, p. 80) reforça a importância dessa política na visibilidade das(os) sujeitas(os) LGBTQIAP+ e na responsabilização do Estado para com as especificidades de suas demandas. Em que pese tal conquista, vale ressaltar que a materialidade de uma política é atravessada por contradições que, inclusive, podem lhe ameaçar a sobrevivência, quando ancoradas em uma formalidade transitória. O que foi pontuado por Krüger (2022), ao analisar os 10 anos de efetivação da PNSILGBT, no tocante à fragilidade das políticas públicas:

Como se sabe, no caso da população LGBTQIA+, em especial de travestis, transexuais e demais pessoas trans, é necessário pontuar que quase a totalidade das políticas públicas, incluindo, claro, as de saúde, advêm de Portarias e Decretos do Poder Executivo, sendo marcos infralegais e, portanto, passíveis de alteração ou mesmo suspensão pelo próprio executivo. Deste modo, não sendo políticas estatais fixas, ficam à mercê de decisões governamentais (Krüger, 2022, p. 58).

Baseada nos parâmetros da PNSILGBT, a autora continua a análise destacando os avanços trazidos por esta conquista para as políticas públicas:

A PNSILGBT deu maior visibilidade à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, abrindo espaço na saúde e em outros setores sociais para o diálogo e a construção de ações intra e intersetoriais. O preceito da determinação social do processo saúde-doença norteia as ações desta política, compreendendo que a LGBTfobia é um destes determinantes que podem gerar adoecimento em pessoas cuja identidade de gênero e/ou orientação sexual fujam do padrão cis heteronormativo (Brasil, 2008, *apud* Krüger, 2022, p. 58-59).

O alinhamento aos propósitos de garantia de direitos e respeito à diversidade demandam grandes investimentos, vez que ainda se observa predominância de concepções

imediatistas sobre PTT que despolitizam o seu direito integral e equânime no acesso às políticas públicas. No caso da Política do Processo Transexualizador, é importante ressaltar que o seu foco curativo tende a relativizar os reais propósitos para os quais foi formulada, considerando o seu amálgama com a PNSILGBT, onde se prevê uma saúde integral e equânime às pessoas LGBTQIAP+ em todas as modalidades da assistência. Santos *et al.* (2022), atentas(os) às contradições que perpassam as políticas públicas, chamam atenção para a intrínseca necessidade de considerarmos os diversos ângulos que atravessam a materialização destas políticas:

É importante lembrar aqui que tais políticas e ações foram constituídas em um contexto societário produzido e atravessado pela lógica neoliberal de desmonte e desresponsabilização do Estado. Advêm desse processo uma intensa e constante precarização das políticas públicas que refletem sobre todo o campo da seguridade social, destacando-se aqui o campo da saúde. Assim, é válido demarcar que as conquistas do movimento LGBTQIAP+ foram inscritas no marco regulatório legal num contexto em que o SUS já estava atravessado por intensa contrarreforma, tendo como desdobramentos o desmonte e a descaracterização da formação herdada do movimento sanitário (Santos, *et. al.*, 2022, p. 71).

As reflexões esboçadas vão gradativamente nos posicionando diante de uma realidade que impõe às PTT profundos desafios no alcance de sua dignificação como sujeitas(os) de políticas públicas. A histórica luta por justiça social tem demonstrado o imprescindível alinhamento entre o desvelamento crítico da realidade e as possibilidades de transformação. É imbuída destas ponderações que trataremos da realidade brasileira e mundial, neste capítulo, problematizando a trajetória, que, na sucessão do tempo, tem atribuído às PTT um protagonismo anticiência e anti-humanizante no trato com as demandas por saúde.

Figura 9 – Lutar é a melhor resposta



Fonte: Almeida *et al.* (2018).

3 A DINÂMICA SOCIETÁRIA NO BRASIL E NO MUNDO OCIDENTAL E SUAS REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE TRANS E TRAVESTI

3.1. OS DESAFIOS DA REALIDADE BRASILEIRA À SAÚDE DE PTT

Quando tomamos a história brasileira como objeto de análise, podemos perceber o quanto a luta pela conquista democrática não pode se encerrar na consolidação de um arcabouço jurídico-legal, sem, no entanto, deixar de considerar a sua importância. Temos uma das estruturas mais rígidas e hierárquicas do mundo, na qual as desigualdades, oriundas da nossa herança escravocrata, conseguem integrar até o corpo das leis, respaldando a violência contra populações historicamente discriminadas, a exemplo de pobres, negras(os) e LGBTQIAP+. Significa dizer que há uma legitimação social para a condição de inferioridade daquelas(es) consideradas(os) pela sociedade como “desviantes” das normas.

As teses trazidas pelos historiadores brasileiros são muito importantes para realçar os fundamentos de nossa história, com destaque para a ideia de que o Brasil não vivenciou uma revolução clássica, mas uma *modernização conservadora*. Expressão que os teóricos tomaram do sociólogo e historiador estadunidense Barrington Moore Junior para fundamentar a ideia de que não fizemos uma revolução aos moldes dos países centrais, devido à manutenção das estruturas de classe.²⁶

Para evidenciarmos as particularidades brasileiras, é preciso traduzir os percursos históricos que não têm sido alcançados pela linearidade do pensamento iluminista. As teorias conservadoras, aliadas ao projeto burguês, tendem a universalizar o conhecimento no intuito de manter as hierarquizações do tecido social. São questões que só poderão ser traduzidas se submetidas à crítica da sua processualidade histórica.

Gonzalez (2020, p. 25), refletindo sobre a história do capitalismo brasileiro, vai defender a ideia de que a manutenção das estruturas agrárias foi fundamental para consolidar a nossa dependência do mercado mundial, favorecendo o avanço econômico das metrópoles. Neste sentido, a condição de subdesenvolvimento, a nós atribuída pelos dominadores, não seria um destoante do crescimento, mas, a mola propulsora das forças econômicas externas, universalizada como referencial de avanço civilizatório.

Na obra: *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*, Florestan Fernandes (2006) vai corroborar essa ideia, ao abordar a transformação capitalista e

²⁶ Apontamentos extraídos de leituras e discussões realizadas na aula do prof. Marcos Mondaini, disciplina: Formação Histórico - Social Brasileira, mestrado em Serviço Social/UFPE, turma 2021.

a dominação burguesa nos marcos dos países periféricos, dentre eles o Brasil. O autor procura mostrar que não existe um modelo universal de explicação, como retrata o pensamento clássico quando toma por base, apenas, a experiência da França, EUA e Inglaterra, países que fizeram a sua modernização sem contemporizações e de maneira radical:

A relação entre a dominação burguesa e a transformação capitalista é altamente variável. Não existe, como se supunha a partir de uma concepção europeucêntrica (...) um único modelo básico democrático-burguês de transformação capitalista (Fernandes, 2006, p. 337).

Fica bem evidenciado nas narrativas de Fernandes (2006) que o caso brasileiro não tem sido retratado na particularidade de uma transformação capitalista burguesa dependente e subdesenvolvida, mas, na similaridade de economias das sociedades capitalistas centrais e hegemônicas: “Ao que parece, prevaleceu a ideia de que a dependência e o subdesenvolvimento seriam estádios passageiros, destinados a desaparecer graças ao caráter fatal da autonomização progressiva do desenvolvimento capitalista” (Fernandes, 2006, p. 338).

Para adentrarmos às especificidades da revolução burguesa no Brasil, é preciso evidenciar as contradições que perenizam a condição de subalternidade econômica, política e social dos países periféricos às nações imperialistas. Fernandes (2006) nos esclarece o seguinte: “Ignorou-se que a expansão capitalista da parte dependente da periferia estava fadada a ser permanentemente remodelada por dinamismos das economias capitalistas centrais e do mercado capitalista mundial ” (Fernandes, 2006, p. 338-339).

É fato que Fernandes (2006) nos deixa pedras angulares às evidências históricas acerca das contradições que atravessam o caso brasileiro. Merece destaque a dupla e necessária dependência econômica das periferias que acentua, sobremaneira, os seus graves problemas sociais e políticos, complexificando os desafios ao avanço dos processos de radicalização democrática:

Ignorou-se que a apropriação dual do excedente econômico – a partir de dentro, pela burguesia nacional; e, a partir de fora, pelas burguesias das nações capitalistas hegemônicas (...) exerce tremenda pressão sobre o padrão imperializado (...) provocando uma hipertrofia acentuada dos fatores sociais e políticos da dominação burguesa (...) (Fernandes, 2006, p. 341).

Nesse contexto, não podemos deixar de trazer uma questão muito cara à cidadania de populações que vivem múltiplas subalternidades e violências nesse complexo mosaico de contradições. Trata-se da questão da democracia, ou melhor, da falta dela, quando se trata do caso brasileiro. Vejamos o que Fernandes (2006) nos tem a dizer:

o que se concretiza, embora com intensidade variável, é uma forte dissociação *pragmática* entre desenvolvimento capitalista e democracia; ou

(...) uma forte associação *racional* entre desenvolvimento capitalista e autocracia (...) (Fernandes, 2006, p. 340).

Ao que se pode supor, a autocracia aparece nas reflexões de Fernandes (2006) como uma marca da história brasileira e de seus aparatos sociojurídicos. A burguesia, por sua vez, acaba vivenciando um misto de detentora de privilégios e refém da dominação burguesa, conflitos que, ao invés de impulsionar mudanças por soberania, reeditam permanências, dissimuladas numa falsa ideia de modernidade que não consegue resolver os seus problemas estruturais, restando-nos um largo caminho de negação da democracia para ser ressignificado.

Sob uma perspectiva histórico-dialética, o autor consegue mostrar que o conhecimento é lugar de disputa societal, e que a concepção territorial foi decisiva para tirar da latência as intenções de manutenção da dominação hierárquica. A perspectiva capilarizante evidenciou particularidades da história brasileira que colidem frontalmente com a ideia do “fatalismo desenvolvimentista”, postulado pelos dominadores para manter as relações de dominação econômica, política e social dos países periféricos.

Não há dúvida sobre a relevância das ideias de Florestan Fernandes na veracidade do caso brasileiro, porém, não podemos deixar de também ressaltar a sua incompletude, na medida em que, apenas a dimensão econômica foi tomada como objeto de análise, para pensar a subalternidade territorial. Carneiro (2011), tratando sobre as questões do racismo, sexismo e desigualdade no Brasil, diz que o pensamento social brasileiro tem naturalizado as hierarquias raciais, quando não as toma como um dos elementos estruturais das relações sociais e econômicas no Brasil.

No caso da centralidade da classe, a autora cita Florestan Fernandes como exemplo para refletir tendências que tratam o racismo como um “subproduto de contradições sociais maiores, ditadas pela análise materialista dialética” (Carneiro, 2011, p. 16). Se utiliza do pensamento de Castro (1998) para adensar, que “nessa leitura, a desigualdade racial era descrita como um epifenômeno da desigualdade de classe” (Castro, 1998 *apud* Carneiro, 2011, p. 16). Isso assume relevância quando tratamos de formações sociais como a brasileira, que, ao ser fundada por múltiplas desigualdades, não pode se abster do protagonismo daquelas(es) que foram excluídas(os) da produção da história.

Na contramão da “igualdade” excludente, Carneiro (2011) complexifica a discussão dizendo que pessoas negras não são entendidas como parte da diversidade humana, mas, são submetidas a uma mesma lógica de compreensão que as tornam desumanamente “iguais”: “Uma das características do racismo é a maneira pela qual ele aprisiona o outro em imagens

fixas e estereotipadas, enquanto reserva para os racialmente hegemônicos o privilégio de ser representados em sua diversidade” (Carneiro, 2011, p. 70).

Na fundamentação dessa intencionada desumanização, Carneiro (2011) chama atenção para o fato de que a “variedade cromática” entre o povo negro tem sido historicamente usada para despolitizar a sua identidade racial.

A fuga da negritude é a medida da consciência de sua rejeição social e o desembarque dela sempre foi incentivado e visto com bons olhos pela sociedade. Cada negro claro ou escuro que celebre sua mestiçagem – ou suposta morenidade – contra sua identidade negra tem aceitação garantida. O mesmo ocorre com aquele que afirma que o problema é somente de classe, e não de raça. Esses são os discursos politicamente corretos de nossa sociedade (...) (Carneiro, 2011, p. 73).

Segundo Denis de Oliveira, apresentador da obra, *Sociologia do Negro no Brasil*, de Clóvis Moura (2019), há nesta obra uma abordagem inovadora no tratamento das relações raciais brasileiras:

[...] Moura defendia a ideia de que o racismo não era um mero resquício de uma sociedade escravista superada pelo capitalismo, mas um elemento constitutivo do próprio capitalismo. Assim, na lógica do seu pensamento, o desenvolvimento das forças produtivas no âmbito do capitalismo não traria a superação do racismo, mas, pelo contrário, o retroalimentaria. Daí considerava que a luta antirracista seria um elemento central no processo revolucionário (Moura, 2019, p. 10).

De acordo com esta tese, Moura (2019) traz uma abordagem histórico dialética para dizer o quanto o racismo foi e continua sendo funcional ao processo capitalista de produção e reprodução social. Em seus postulados, assevera que foi através do trabalho escravo que se fundaram as bases capitalistas. Neste sentido, propõe que a solução do problema negro não está apartada da problemática econômica, dando a estas chaves analíticas uma condição de inerência, para além da sua necessária equivalência:

não se poderá resolver o problema do negro, a sua discriminação, o preconceito contra ele, finalmente, o racismo brasileiro, sem atentarmos para o fato de que esse racismo não é epifenômico, porém tem causas econômicas, sociais, históricas e ideológicas que alimentam o seu dinamismo atual (...) (Moura, 2019, p. 32).

Voltando à abordagem introdutória de Denis Oliveira sobre a obra de Moura (2019), a ideia da abolição não é por ele tratada como uma conquista, mas, como “um projeto político elaborado por setores das classes dominantes brasileiras que permitiu uma transição “segura” do sistema escravista para o sistema capitalista no final do século XIX” (Moura, 2019, p. 11). Como se vê, Clóvis Moura pensa o racismo dentro de uma perspectiva estrutural, inerente à constituição da sociedade capitalista. Mas, como é que, em meio a tanta contradição, o Brasil consegue maquiagem os antagonismos e manter a coesão social?

Marilena Chauí (2000) afirma que a ideia de nacionalismo tem funcionado para escamotear os antagonismos estruturais. Com a tese do Mito Fundador, a autora argumenta que as simbologias nacionalistas tangenciam a herança profundamente autoritária e contraditória de nossa história, ancorando processos de dominação e reprodução social que perenizam ideias pré-modernas. “[...] foi exatamente no momento em que a divisão social e econômica das classes apareceu com toda clareza e ameaçou o capitalismo que este procurou na “idéia nacional” um instrumento unificador da sociedade” (Chauí, 2000, p. 16).

O paradigma fundacional, apartado do universo argumentativo, funciona para naturalizar a realidade e impedir o seu questionamento. A harmonia social tem sido forjada no silenciamento das dissidências e na manutenção das hierarquias, além de expulsar o conflito do mecanismo societário. Esta tendência oculta a história de um Brasil fortemente marcado por uma colonização monárquica, que reprimiu violentamente os movimentos de resistência democrática e de luta republicana.

A discussão de Chauí é basilar no entendimento de como os conflitos da sociedade brasileira vão, paulatinamente, sendo atenuados por um pseudonacionalismo, consolidado simbolicamente. Carneiro (2020) adensa este debate quando elucida as categorias raça e gênero como variáveis determinantes no processo de formação da identidade brasileira:

O que poderia ser considerado como história ou reminiscências do período colonial permanece, entretanto, vivo no imaginário social e adquire novos contornos e funções em uma ordem social supostamente democrática, que mantém intactas as relações de gênero segundo a cor ou a raça instituídas no período da escravidão (...) (Carneiro, 2020, p. 1).

Não só a raça, o gênero, a classe e o território, que já elucidam bastante o caso brasileiro, traduzem as nossas imensuráveis contradições, tão negadas na falaciosa ideia de unidade nacional. Miskolci (2012) adensa este debate dizendo que a sexualidade entra aí como um elemento central da cultura de branqueamento e disciplinamento das relações íntimas, consolidando um país destituído de sua identidade ancestral e ancorado na cultura dos seus dominadores:

No Brasil, a preocupação coletiva com a sexualidade emergiria na intersecção de discursos políticos, científicos e literários sobre a nação brasileira que seguiam objetivos como o de branqueamento/civilização de nosso povo por meio de práticas claramente discriminatórias ou formas sutis de rejeição, disciplinamento e controle das relações íntimas, particularmente as afetivas e sexuais, conformadas ao ideal reprodutivo (portanto heterossexual), branco e viril (Miskolci, 2012, p. 42).

Ao que se vê, a sexualidade se conjuga com a ideia do racismo para consolidar uma heterossexualidade branca, viril e baseada em valores eurocêntricos. O autor, manuseando aspectos de nossa subjetividade, conseguiu revelar questões importantes da dinâmica coletiva,

ordenadora da vida em sociedade. Exatamente o contrário do movimento empreendido por Gilberto Freire (2000), na obra *Casa Grande e Senzala*. Nela, nos deparamos com um rico arsenal acerca da colonização brasileira. Porém, não encontramos traduções para as peculiaridades históricas referendadas nas teses anteriores. Na contramão desse processo, o autor defende a neutralidade das hierarquias humanas, sobretudo a racial, facilitada pelo simbolismo “afetuoso” do ambiente familiar, que é usado como elemento central de construção da sociedade política.

A família, não o indivíduo, nem tampouco o Estado nem nenhuma companhia de comércio, é desde o século XVI o grande fator colonizador no Brasil, (...) a força social que se desdobra em política, constituindo-se na aristocracia colonial mais poderosa da América (...) (Freire, 2000, p. 81).

Com centralidade na dinâmica da vida privada, o autor consegue harmonizar a relação entre massa escrava e senhores de engenho, que, nas reflexões de Chauí (2000), acabam criando o Mito Fundador da democracia racial, negando os antagonismos de classe, gênero e raça, fenômenos objetivos imanentes às sociedades capitalistas latino-americanas. Na retórica freiriana, a chegada dos portugueses ao Brasil foi um “encontro de civilizações”, destituído da intenção de exploração territorial. “Considerada de modo geral, a formação brasileira tem sido, na verdade, (...) um processo de equilíbrio de antagonismos. Antagonismos de economia e de cultura (...)” (Freire, 2000, p. 116).

Em sua obra, Freire (2000) trata o espaço doméstico como o *lócus* privilegiado da experiência colonial, tomando-o como referencial de totalidade da vida social. Com essa tônica, naturaliza os impactos da violência escravocrata, negando um dos seus lugares mais violentos: as relações materiais de produção. Como consequência, temos a herança de uma cultura expropriadora que dificulta sobremaneira o desenvolvimento das capacidades organizativas e de luta democrática.

Para Carneiro (2011) a miscigenação racial, postulada por Gilberto Freire, tem sido utilizada e atualizada política e ideologicamente para mistificar os estupros coloniais praticados contra mulheres negras e indígenas durante o processo de colonização, além de funcionar como estratégia de embranquecimento do país e de despolitização das lutas coletivas por equidade racial (Carneiro, 2011, p. 16).

Em momento mais recente, no que tange à discussão sobre a falaciosa miscigenação racial, Carneiro (2020) torna a dizer que este mito, além de ocultar a violência sexual contra mulheres negras e indígenas, serviu para sedimentar as bases das hierarquias de gênero e raça em nosso continente, funcionando como determinantes na formação da nossa identidade nacional:

No Brasil e na América Latina, a violação colonial perpetrada pelos senhores brancos contra as mulheres negras e indígenas e a miscigenação daí resultante está na origem de todas as construções de nossa identidade nacional, estruturando o decantado mito da democracia racial latino-americana, que no Brasil chegou até as últimas consequências. Essa violência sexual colonial é, também, o “cimento” de todas as hierarquias de gênero e raça presentes em nossas sociedades (...) (Carneiro, 2020, p. 1).

Gonzalez (2020) também é partidária da ideia de que: “A ideologia do branqueamento se constitui como pano de fundo dos discursos que exaltam o processo da miscigenação como expressão mais acabada de nossa “democracia racial” (Gonzalez, 2020, p. 33).

A pacificação das relações escravocratas, defendida por Freire, vai paulatinamente respaldando o desenvolvimento dos poderes locais, que acabam ultrapassando o espaço doméstico e adentrando no aparelho de Estado. Essa espécie de “família ampliada” vai marcar profundamente a formação de um Estado voltado à proteção dos interesses privados em detrimento do público.²⁷

Sob um movimento de inspiração dialética, *Raízes do Brasil*, obra de Sérgio Buarque de Holanda (1984) constrói uma história geral da nação brasileira, para buscar os fundamentos do nosso destino histórico. Com isso, extrapola o espaço privado nos brindando com a ideia de que o Estado não deve ser uma extensão da família:

O Estado não é uma ampliação do círculo familiar e, ainda melhor, uma integração de certos agrupamentos, de certas vontades particularistas, de que a família é o melhor exemplo. Não existe, entre o círculo familiar e o Estado, uma gradação, mas antes uma descontinuidade e até uma oposição (...) (Holanda, 1984, p. 141).

Com a tese do Homem Cordial, Holanda (1984) consegue mostrar como a “afetividade” se torna um subproduto dos poderes locais, que vai paulatinamente adentrando na burocracia estatal com finalidades da manutenção de interesses particularistas.

Para o funcionário “patrimonial”, a própria gestão política apresenta-se como assunto de seu interesse particular; (...) relacionam-se a direitos pessoais do funcionário e não a interesses objetivos, como sucede no verdadeiro Estado burocrático (...) (Holanda, 1984, p. 146).

Nessa linha reflexiva, podemos sugerir que, na particularidade brasileira, a lógica da família privada, capilarizada no aparelho de Estado, potencializa uma institucionalidade excludente e mantenedora de privilégios. A dicotomia público/privado no Brasil tem sido fundamental para negar as contradições e acentuar as desigualdades.

²⁷ Apontamentos extraídos de leituras e discussões realizadas na aula do prof. Marcos Mondaini, disciplina: Formação Histórico - Social Brasileira, mestrado em Serviço Social/UFPE, turma 2021.

Ademais, observamos no prefácio de Antônio Cândido, em *Raízes do Brasil* (1984), uma forte demarcação do poder familiar, em sua versão pessoal e afetiva, como principal impedimento do exercício da impessoalidade, característica essencial à vida pública.

Onde pesa a família, sobretudo em seu molde tradicional, dificilmente se forma a sociedade urbana de tipo moderno. (...) Ao que se poderia chamar “mentalidade cordial” estão ligados vários traços importantes, como a sociabilidade apenas aparente, que na verdade não se impõe ao indivíduo e não exerce efeito positivo na estruturação de uma ordem coletiva (...) (Holanda, 1984, p. 17).

Não é por acaso que as linhas reflexivas de Buarque (1984) nos deixam bastante reticentes quanto às reais possibilidades das(os) sujeitas(os) políticas(os) construírem rupturas com o padrão autocrático burguês e radicalizarem a democracia. “A vida íntima do brasileiro nem é bastante coesa, nem bastante disciplinada, para envolver e dominar toda a sua personalidade, integrando-a, como peça consciente, no conjunto social” (Holanda, 1984, p. 151).

Nas narrativas de Holanda (1984) fica nítida a importância de uma leitura atenta às particularidades brasileiras, para desvendar os condicionantes que ajudaram a perpetuar os poderes privados nos espaços públicos, sendo este um dos sustentáculos de reprodução das desigualdades estruturais.

Para adensarmos na imersão das particularidades, no que tange aos sistemas de opressão e exploração social, trazemos Angela Davis (2016), com a obra – *Mulheres, Raça e Classe*. Nesta obra, a autora mostra as peculiaridades desumanizadoras da vida das mulheres negras escravizadas, não retratadas no pensamento ocidental. Não podemos deixar de considerar que esta obra consegue revelar a insuficiência de alguns esforços capilarizantes, no que tange à inter-relação classe, gênero e raça na trajetória destas mulheres.

Uma primeira questão diz respeito à ideia do matriarcado como chave analítica para explicar a vida doméstica de mulheres negras durante a escravidão. Na avaliação de Davis (2016), esta chave não é representativa, na medida em que foi no trabalho forçado e obrigatório que estas mulheres encontraram o seu maior referencial de sociabilidade:

Proporcionalmente, as mulheres negras sempre trabalharam mais fora de casa do que suas irmãs brancas. O enorme espaço que o trabalho ocupa hoje na vida das mulheres negras reproduz um padrão estabelecido durante os primeiros anos de escravidão. Como escravas, essas mulheres tinham todos os outros aspectos de sua existência ofuscados pelo trabalho compulsório. (...) o ponto de partida de qualquer exploração da vida das mulheres negras na escravidão seria uma avaliação de seu papel como trabalhadoras (Davis, 2016, p. 17).

No que tange à vida doméstica, Davis (2016) a situa com algo residual, já que as melhores versões destas vidas estão no trabalho pesado, adicionado à violência sexual, único

indicador sobre a condição de mulher. No entanto, considerando o espaço familiar, a autora esclarece que estas mulheres não eram inferiorizadas, como as mulheres brancas, nem verticalizavam o poder, como sugere o matriarcado, mas, que dividiam de forma equitativa as responsabilidades com os respectivos parceiros:

as mulheres negras eram iguais a seus companheiros na opressão que sofriam; eram socialmente iguais a eles no interior da comunidade escrava; e resistiam à escravidão com o mesmo ardor que eles. (...) é importante lembrar que os castigos infligidos a elas ultrapassavam em intensidade aqueles impostos aos homens, uma vez que não eram apenas açoitadas e mutiladas, mas também, *estupradas* (Davis, 2016, p. 35-36).

A autora mostra que, enquanto estas mulheres trabalhavam em pé de igualdade com os homens, dentro e fora do espaço privado, as mulheres brancas foram historicamente retratadas como frágeis e delicadas:

O sistema escravista definia o povo negro como propriedade. Já que as mulheres eram vistas, não menos do que os homens, como unidades de trabalho lucrativas, para os proprietários de escravos elas poderiam ser desprovidas de gênero. (...) A julgar pela crescente ideologia da feminilidade do século XIX, que enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis para seus maridos, as mulheres negras eram praticamente anomalias (Davis, 2016, p. 17-18).

Outra ideia trazida por Davis (2016) diz respeito à valorização da função reprodutora das mulheres negras, quando esta passou a ser rentável para o sistema econômico. Mesmo favorável, esta função não lhe facultou o direito à maternidade, nem lhe afastou do trabalho forçado, reafirmando a sua condição de mera engrenagem do trabalho produtivo:

A exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” - animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar (Davis, 2016, p. 19).

Abordagem semelhante, no manuseio das particularidades brasileiras, pode ser encontrada na obra: *O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX*, de Richard Miskolci (2012). Nesta obra, prefaciada pela historiadora e feminista brasileira Margareth Rago, o autor faz uma engenhosa articulação entre as categorias estruturantes da vida social e os aspectos subjetivos da experiência com o corpo e o desejo, na transição da monarquia para a república (Miskolci, 2012, p.13).

Baseado no conceito foucaultiano de biopolítica, Rago, em Miskolci (2012), ressalta que, nesta obra, o autor mostra como o desejo consegue instrumentalizar o disciplinamento dos corpos, para atender às necessidades econômicas, políticas e culturais da sociedade emergente:

O autor trabalha, portanto, com a emergência da biopolítica no país, no final do século XIX, quando o Estado pretende atingir não apenas o indivíduo, mas toda a população, tendo como alvo moldar suas próprias vidas. Nesse sentido, visa interferir tanto na organização das relações sociais e na condução da vida pública como na intimidade das relações afetivas e amorosas, com o objetivo de produzir a nação brasileira, essa unidade imaginária e totalitária. (...) Os antigos modos de viver e sentir devem ser esquecidos, eliminados e substituídos pelo que se considera ser o único regime de verdades realmente válido para todos, a despeito das diferenças de classe, gênero, etnia, geração e experiência (Miskolci, 2012, p. 14).

Tal reflexão se torna precípua para pensarmos PTT, quando Miskolci (2012), ao trabalhar as tendências históricas de adestramento do desejo, consegue mostrar os fundamentos da lógica patologizante, atribuída àquelas(es) consideradas(os), nessa ordem, como “desviantes” das normas socialmente estabelecidas e, portanto, passíveis de tratamentos mentais e interdições político-institucionais:

Negros, mulheres e os recentemente denominados de homossexuais eram vistos como “ameaças” à ordem, daí começarem a ser associados à anormalidade, ao desvio e até mesmo à doença mental. Como seres “sob suspeita” justificavam demandas estatais, sobretudo, médico-legais, de controle e disciplinamento. O desejo da nação conduzia um projeto de hegemonia política que encarava a sociedade como uma realidade biológica, racialmente classificável e cuja harmonia dependia de seu embranquecimento (...) (Miskolci, 2012, p. 39).

Várias são as tentativas de elucidar, no pretense estudo, a busca por uma conceitualidade inter-relacionada, no sentido de nos aproximar das sociabilidades silenciadas pelas hierarquias que sustentam as relações de dominação societária. É imprescindível traduzir as contradições da historiografia brasileira, uma vez que, a sua dinâmica está fortemente marcada pela continuidade de interpretações reacionárias, que arrefecem as tentativas de revelação e transformação da história.

A naturalização das desigualdades tem raiz num histórico de permanências, que se atualizam com ares de modernidade. A transformação capitalista se fez na concomitância do fortalecimento das classes dominantes e exclusão das forças populares, alvo privilegiado dos aparelhos repressivos, sob mediação do Estado. As opções concretas enfrentadas pelo Brasil, direta ou indiretamente, ligadas à transição para o capitalismo, nos mostram um panorama de soluções elitistas e antipopulares²⁸.

²⁸ Apontamentos extraídos de leituras e discussões realizadas na aula do prof. Marcos Mondaini, disciplina: Formação Histórico - Social Brasileira, mestrado em Serviço Social/UFPE, turma 2021.

O Estado brasileiro, por sua vez, metamorfoseado pelas forças conservadoras, não consegue ocultar a sua face autocrática, que se atualiza com o objetivo de aquietar os antagonismos provenientes da interdependência entre gênero, raça, classe e território, enquanto processos estruturadores da vida em sociedade.

O distanciamento brasileiro das pautas democráticas vem modelando, também, o cenário no qual se assentam as demandas LGBTQIAP+, exigindo reflexões críticas, definição de estratégias para seu enfrentamento e composição de alianças políticas, visando à superação de práticas que reproduzem a exclusão e perpetuam as violências.

O Estado, porém, enquanto espaço de correlação de forças, continua sendo o ponto para o qual convergem as forças sociais. Precisamos continuar na luta pela defesa das forças democráticas, tentando desfazer os nexos que legitimam as hierarquias, enfrentando a ausência do Estado na mediação das demandas civilizatórias. São nesses fundamentos que se encontram os propósitos desta pesquisa.

3.2 AS SINALIZAÇÕES DA CONTEMPORANEIDADE OCIDENTAL À EFETIVIDADE DA SAÚDE DE PTT

É preciso buscar conexões entre os fenômenos da vida cotidiana e as determinações societárias para entender os condicionantes que permeiam a política de saúde às PTT. As transformações do mundo contemporâneo deixam claro que a sua extensão está para muito além dos circuitos produtivos; é uma transformação que atinge todos os espaços da sociabilidade humana, e traz novos contornos às políticas sociais, particularmente à política de saúde.

Para além das questões imediatas, há uma dinâmica social fundamentada na apropriação privada dos meios de produção, que demanda políticas sociais prioritariamente voltadas às necessidades de manutenção desta ordem. Nesta dinâmica, as PTT não têm assento como sujeito de direitos. É preciso discutir as condições socio-históricas desta população e, mais ainda, torná-la objeto de nossa investigação, se vislumbramos horizontes transformadores em níveis mais abrangentes.

Situar as condições socio-históricas de PTT requer categorias de análise que desvende a invisibilidade epistemológica e política destas(es) sujeitas(os) enquanto agentes históricos, nem sempre retratados nas teorias marcadas por perspectivas reducionistas da multiplicidade do humano e de suas experiências de opressão e exclusão.

Na tentativa de complexificar o pensamento ocidental no entendimento da reprodução das desigualdades, Flávia Biroli e Luis Felipe Miguel (2015) vão defender a ideia da convergência entre gênero, raça e classe enquanto variáveis interdependentes, que estruturam a vida em sociedade:

[...] entendemos que as assimetrias que se definem no entrecruzamento e constituição recíproca desses três eixos são incontornáveis para a análise das desigualdades nas sociedades contemporâneas. Entendemos, também, que qualquer análise que tenha a ambição de estabelecer relações entre os limites das democracias contemporâneas e as desigualdades sociais precisa incorporar como problema as hierarquias que se constituem na convergência entre os três eixos (Biroli; Miguel, 2015, p. 29).

Nesta ávida busca por equivalência categórica, se torna mister considerar as questões que fazem do Brasil e da América Latina verdadeiros protagonistas de uma história subestimada pelas demarcações territoriais, que hierarquizam mundialmente a produção do saber, dificultando as inter-relações na leitura do real. É o que nos traz Connell (2016), quando reflete sobre a ambivalência entre as teorias que são produzidas no norte e sul globais. Tomando do filósofo africano Paulin Hountondji, a autora diz que:

há uma divisão global do trabalho científico, em que a teoria (incluindo a metodologia) é produzida principalmente no Norte Global. A junção e a organização do conhecimento são realizadas nas universidades, institutos de pesquisa, museus, empresas e bancos de dados dos antigos poderes coloniais, que hoje são os centros da riqueza e da influência globais. O que ocorre no Sul Global é basicamente coleta de dados e aplicações práticas do conhecimento científico. (...) as experiências sociais e práticas de uma minoria privilegiada da população mundial se tornam a base da teoria, da metodologia e de generalizações que dominam a produção de conhecimento no restante do mundo. (...) (Connell, 2016, p. 18).

Isso se torna relevante para sinalizar, que, nesta macro disputa, o Sul Global tende a ficar reduzido à condição empírica do conhecimento. No entanto, precisamos acrescer a esse debate as insurgências, que tensionam o movimento hierarquizante da produção científica mundial. Mesmo havendo a reprodução de teorias críticas, que se fundamentam no acervo colonizador, há todo um esforço por parte das(os) intelectuais da América Latina de produzir teoria crítica, a partir de suas próprias realidades, a exemplo da crítica às relações de colonialidade que atravessam a nossa história. Ademais, precisamos indagar sobre quem, de fato, está tendo a oportunidade de visibilidade nessa disputa. Estas dimensões também balizam a produção do conhecimento na disputa global, e precisam integrar as nossas análises.

Seguindo nessa linha reflexiva, Connell (2016) toma o gênero como referência para refletir as disputas políticas das produções categóricas. Com isso, nos alerta para a importância de nos debruçarmos cada vez mais sobre o vasto acervo teórico descolonizador da América Latina e África, que deve ser tomado como parte da produção mundial, a exemplo

da produção das feministas, transfeministas, feministas negras, mulheres indígenas, mulheres trans e travestis, entre outras.

A divisão global do trabalho científico posiciona o momento da teoria na metrópole, enquanto a periferia global exporta dados e importa ciências aplicadas. Uma circulação dos trabalhadores do conhecimento acompanha esses fluxos internacionais de dados, conceitos e técnicas. (...) As análises de gênero, então, precisam ser compreendidas como parte de uma economia política global do conhecimento (...) (Connell, 2016, p. 27).

Pensando nos caminhos de transformação da condição do Sul Global, Connell (2016) chama atenção para a necessidade de tomarmos a nossa realidade como principal referência da produção do saber. Isso significa repensar o próprio conhecimento e os seus meios de produção:

Do meu ponto de vista, isso constitui de fato um problema teórico central, e esse “retrabalho” precisa incluir uma crítica e uma transformação dos próprios arcabouços teóricos vindos da metrópole. Os debates sobre o pensamento descolonial e o conhecimento local, embora raramente deem conta das questões do gênero, são vitais para as análises de gênero. Precisamos pensar por meio de questões sobre a descolonização do método (Smith, 1999), uma vez que elas aparecem nos estudos de gênero (Smith, 1999 *apud* Connell, 2016, p. 29).

É imbuída dessa perspectiva, que situamos o gênero, a raça, a classe e o território como categorias estruturais e fundantes dos desafios contemporâneos à democracia e à equidade de direitos. Pensar essa inter-relação requer situá-la historicamente, traduzindo a sua inserção no contexto do avanço do neoconservadorismo, a nível mundial e, em particular, na América Latina.

Para situarmos a discussão da política de saúde para PTT, no contexto da globalidade neoliberal, trazemos o estudo de Almeida (2020) sobre as influências do neoconservadorismo nas políticas sociais brasileiras, e suas repercussões hierarquizantes no tecido social. Em suas notas, o autor destaca a importância da correlação categorial no enfrentamento dos desafios que nos circunda:

Na especificidade brasileira, a chegada ao poder da extrema direita é analisada como expressão do neoconservadorismo e de suas manifestações simultâneas nas relações de gênero, étnico-raciais e no campo dos direitos sexuais e de sua busca por hegemonia. Compreendê-la é condição *sine qua non* para superar análises economicistas da cena brasileira contemporânea (Almeida, 2020, p. 720).

Problematizando o caso brasileiro, num contexto de acirramento das relações capitalistas mundiais, Almeida (2020) complexifica a análise elucidando nuances de um conservadorismo que sinaliza pessoas negras e LGBTQIAP+ como alvos centrais do processo de acumulação:

Estamos diante de um projeto societário neoliberal, numa disputa ainda mais ávida do capital pelo fundo público, mas a face singular que este projeto assume no presente contexto é a do que tenho compreendido como um *neoliberalismo confessional* que surge no vértice entre a dificuldade da classe trabalhadora contemporânea de oferecer resistência organizada à superexploração e a construção paulatina de um “novo homem” muito mais suscetível superestruturalmente às influências do capital. (...) Por que chamo então esse neoliberalismo de *confessional*? Confessional diz respeito neste caso à agudização da vinculação tática do neoliberalismo a instituições e discursos de origem religiosa e/ou moralizadoras, notadamente de origem cristã. A estas instituições têm cabido a construção da hegemonia conservadora capitaneada pelo *ethos* mercadológico (...) (Almeida, 2020, p. 722).

Em meio aos desafios, próprios de um conservadorismo voltado para a interdição das insurgências que desestabilizam as verdades sobre o gênero e a sexualidade, fica ainda mais complexa a luta por conquistas democráticas no campo das políticas de saúde. Almeida (2020) situa a moralidade burguesa neoliberal como um dos impeditivos ao avanço da discussão interseccional de gênero, vez que esta discussão tem potencializado leituras críticas sobre a opressão de gênero e subsidiado a ação das(os) atoras(es) políticos na cena pública:

A construção da moralidade conservadora tem, assim, nas cruzadas antigênero um elemento central, sobretudo pelo potencial crítico das discussões de classe, gênero, sexualidade e raça. Longe de serem restritas à dimensão subjetiva, tais discussões, quando orientadas por uma abordagem interseccional, permanecem desestabilizando os supostos fundamentos lógicos desta moralidade burguesa neoliberal que vem sendo construída, sobretudo num contexto em que os feminismos se tornaram movimentos sociais de massa, assim como os movimentos dissidentes sexuais e de gênero (Almeida, 2020, p. 727).

A questão de gênero, ou melhor, de sua negação como estratégia de coalizão, remete-nos à necessidade premente de problematizar as tendências teóricas que negam a sua condição como um dos pilares estruturantes da vida contemporânea.

Buscando historicizar a chamada “ideologia de gênero”, para fundamentar os condicionantes do conservadorismo religioso no contexto latino-americano, Miskolci; Campana (2017, p. 727) se remete à IV Conferência da Mulher, em 1995, na China, onde o gênero passou a ser adotado como referência do debate sobre a opressão entre homens e mulheres. A ampliação do debate das opressões, trazidas com a categoria gênero, mobilizou a resistência por parte de algumas religiões, que passaram a usar o termo “*ideologia de gênero*” para promover um movimento de resistência às pautas feministas e LGBTQIAP+. O autor explica que a reação do conservadorismo religioso, protagonizado pela igreja católica e pelo evangelismo pentecostal, se deu quando o gênero assumiu uma dimensão global na desnaturalização das condições socio-históricas da mulher, inserindo o debate das desigualdades no contexto das relações sociais.

Considerando o fato de estarmos imersas na pauta trans e travesti, não podemos deixar de considerar a relevância dos estudos de gênero neste trabalho, vez que este termo foi cunhado para tratar das assimetrias de poder, a partir de um amplo espectro de possibilidades relacionais, incluindo-se as (os) sujeitas (os) deslegitimadas (os) em suas existências.

Ao que se observa, foi a partir do avanço das pautas feministas e do movimento LGBTQIAP+ que se fortaleceu o bloco de resistência religiosa e dos movimentos de cunho moral-conservador. Tomando do pensamento de Morán Faúndes e Vaggione, Miskolci; Campana (2017) vai evidenciar o sentido político-discursivo do termo “ideologia de gênero” que, na atual conjuntura, vem funcionando como estratégia de resistência das forças conservadoras ao avanço dos direitos sexuais e reprodutivos, com realce para os sujeitos que “violam” as normas impostas ao corpo, a exemplo de PTT: “O objetivo da Igreja Católica não é apenas defender uma moralidade sexual senão também evitar a sanção de direitos que outorguem certa legitimidade às condutas não heterossexuais (...)” (Morán Faúndes; Vaggione, 2012 *apud* Miskolci; Campana, 2017, p. 733-734).

Junqueira (2018), também refletindo na esteira do conservadorismo, alavancado pela moral tradicional, destaca que a “ideologia de gênero”

adquiriu centralidade em um projeto de poder que busca reafirmar o estatuto de autoridade moral das instituições religiosas e salvaguardar a sua influência sócio-política. (...) investem na capacidade de mobilização da ordem moral, na naturalização das relações de gênero, na rejeição da crítica feminista e dos direitos sexuais, valendo-se inclusive da promoção de pânico moral. Em nome da defesa da “família natural”, atacam políticas de igualdade de gênero e garantias de não discriminação e outros direitos fundamentais (Junqueira, 2018, p. 449).

Um aspecto basilar no manuseio das dinâmicas contemporâneas é, sobretudo, atentar para a necessidade de se garantir, na leitura do real, um olhar crítico sobre a sua complexidade multifacetada, onde as singularidades funcionem como expressões cabais e inerentes às dinâmicas objetivas, inventadas e reinventadas na práxis humana. Neste sentido, mais um destaque vai para o pensamento de Miskolci (2012) sobre o papel da sexualidade na perenização das hierarquias que regulam e atualizam o tecido social:

A preocupação contemporânea com a esfera da sexualidade está intrinsecamente ligada a um racismo moderno, que se volta contra inimigos internos biologizados, contra os quais a sociedade deve se defender (Stoler, 1995, p. 60). Esta “necessidade de defesa” demanda e justifica um aumento do poder do Estado, o qual é o único instrumento neste confronto entre uma raça superior e uma inferior (...) Trata-se da emergência do biopoder como conduzido pelo racismo de Estado, uma tecnologia de segurança ou regulação que mesmo agindo sobre o corpo individual, não o tem como alvo, antes a vida da espécie (...) com o objetivo de disciplinar – ou mesmo

eliminar – os degenerados e anormais, os inimigos da família e da nação (...) (Stoler, 1995, p. 60 *apud* Miskolci, 2012, p. 44).

A leitura crítico-contemporânea dos contextos retratados, facilitada pelo poder de capilaridade categorial, só vem a corroborar os desafios para o avanço da cidadania de PTT. As frentes de resistência precisam ter como ponto de partida a efetiva aproximação para com o real em seu sentido complexo, contraditório e heterogêneo. O que pode ser retratado nas palavras de Junqueira (2018):

Essa cruzada implica intensa mobilização política e discursiva em favor da reafirmação das hierarquias sexuais, (...) da retirada da educação para a sexualidade nas escolas, da restrição ao acesso de adolescentes a informações sobre saúde sexual, do rechaço a arranjos familiares não heteronormativos, da repatologização das homossexualidades e transgeneridades (...) de obstruir a adoção da perspectiva de equidade de gênero, e de fortalecer ou relegitimar visões de mundo, valores, instituições e sistemas de crenças pautados em marcos morais, religiosos, intransigentes e autoritários (Junqueira, 2018, p. 451).

São contextos que só reiteram a necessidade de uma luta efetivamente ofensiva e articulada teórica e politicamente com a multiplicidade das experiências de opressão, exploração e exclusão social, principal fio condutor das estratégias de organização e transformação social.

Refletindo sobre a aliança entre diversidade humana e luta de classes nas lutas de caráter emancipatório, Santos (2019, p. 69) também destaca a ascensão de um fundamentalismo religioso que, segundo ela, tem trazido uma consequente moralização da vida social. Moralização aqui compreendida como uma questão estrutural e estruturante da ordem burguesa e das condições de reprodução do capital.

Preocupada com os riscos à democracia no atual contexto, Brown (2019) vai nos mostrar que, com a ascensão do neoliberalismo e da extrema-direita no mundo, não estamos apenas diante da expansão das bases de acumulação capitalista, mas de um movimento que se autonomiza cada vez mais no caminho de reafirmação da hegemonia branca, masculina e cristã. O que nos leva a pensar sobre as particularidades destas tendências, quando se trata de uma população que subverte a moral social.

Com base nas ideias de Melinda Cooper, Brown (2019) assevera que garantir as normas patriarcais não é algo secundário nesse contexto, e que a família tradicional está sendo explicitamente conduzida para substituir o papel do Estado no provimento social:

Assim, mais que um projeto de ampliação da esfera da competição e valorização de mercado (...) o neoliberalismo hayekiano²⁹ é um projeto

²⁹ Hayek é considerado um dos maiores ideólogos do pensamento liberal, e é sobre ele que Wendy Brown discorre as suas teses.

político-moral que visa proteger as hierarquias tradicionais negando a própria ideia do social e restringindo radicalmente o alcance do poder político democrático nos Estados-nação (Brown, 2019, p. 23).

As análises trazidas por Brown são de extrema relevância para situar o momento político, sobretudo, o lugar da moralidade tradicional na acumulação do capital e na perenização dos valores que lhes sustentam. As pautas singulares acabam perdendo força no tensionamento aos programas governamentais, que, em geral, seguem um repertório alheio a estas particularidades. A religião, nesse contexto, assume um papel doutrinário, com a finalidade de erradicar do contexto societário quaisquer tangenciamentos à moral socialmente estabelecida: “O alcance expandido da liberdade religiosa permite a rejeição da igualdade e a restauração de supremacias e abjeções reiteradas pela moralidade tradicional” (Brown, 2019, p. 134).

Além das questões contemporâneas elucidadas, que desafiam sobremaneira as estratégias de enfrentamento à interdição das pautas LGBTQIAP+, somam-se aí, a história do Brasil, marcada por uma trajetória autoritária e antidemocrática. O SUS, por sua vez, vai sendo golpeado em sua soberania pela lógica neoliberal, fruto das inflexões do capital privado na área da saúde. Como estas novidades impactam na atenção à saúde de PTT?

O enquadramento do Brasil na agenda neoliberal tem privilegiado uma racionalidade que secundariza a política de saúde, o que significa a ausência de negociação com os direitos sociais. Brown (2019) refletindo sobre a ferocidade das forças antidemocráticas, presentes no atual contexto, sinaliza sobre o quanto o apelo social está cada vez mais perdendo forças na ação governamental: “Meu argumento é que nada fica intocado pela forma neoliberal de razão e valoração, e que o ataque do neoliberalismo à democracia tem, em todo lugar, infletido lei, cultura política e subjetividade política” (Brown, 2019, p. 16-17).

Com a expansão do mercado como resolução dos problemas, a proposição de redução do Estado significa foco no indivíduo, e não na sociedade, oportunidade, e não igualdade, ou combate à desigualdade social. Deste modo, há um enfraquecimento da democracia e de seu princípio de igualdade social. O sistema político é substituído, no debate público, por uma moralidade conservadora, referenciada por uma ética privada, e não coletiva³⁰.

³⁰ Apontamentos extraídos de leituras e discussões realizadas na aula da prof^a Ana Vieira e prof^o. Evandro Barbosa; disciplina: Tópicos Especiais em Política Social – Política de Saúde, mestrado em Serviço Social/UFPE, turma 2021.

Brown (2019) analisa como os valores, nesse contexto, ganham centralidade nas estratégias de acumulação capitalista e passam a ser parte fundamental da nova engrenagem. Há um movimento de políticas centradas na família para garantir o processo de produção e reprodução das relações sociais, que funciona como uma estratégia para negar a diversidade humana e fortalecer as tendências de individualização das relações coletivas.

E os sujeitos historicamente excluídos? Estes não serão alvo de políticas cidadãs. A eles serão exclusivamente destinados à família, nos moldes burgueses, a filantropia ou a responsabilidade individual. Este é o seu presumido destino, no contexto neoliberal:

As coordenadas da religião e da família – hierarquia, exclusão, homogeneidade, fé, lealdade e autoridade – ganham legitimidade como valores públicos e moldam a cultura pública conforme se juntam ao mercado para deslocar a democracia (...) (Brown, 2019, p. 142).

Brown (2019) vai mais longe na sua reflexão, quando diz que o ódio está funcionando como ferramenta política e, com isso, mostra que a subjetivação também é fundamental no processo de reprodução social. O neoliberalismo é também um projeto de conservação hierárquica: “A arrogância perdida dos privilégios da branquitude, masculinidade e nativismo é então facilmente convertida em ira justificada contra a inclusão social e a igualdade política dos historicamente excluídos” (...) (Brown, 2019, p. 58).

Isso só nos mostra a relevância de estudar uma população que se coloca no centro deste confronto, e que se torna cada vez mais desafiada na luta por conquistas radicalmente democráticas. As políticas públicas, por sua vez, vão sendo cada vez mais substituídas pela lógica do mercado; quanto aos valores, vão sendo negados como lugar de disputa.

Num contexto de individualização da questão social, torna-se cada vez mais importante politizar as estratégias de democratização da vida social, o que demandará novos referenciais de compreensão capazes de localizar no atual contexto as manifestações de luta democrática. É o que nos mostram os filósofos marxistas Hardt e Negri (2014), ao incidirem sobre o potencial revolucionário das lutas empreendidas no mundo, durante o ano de 2011, fortalecido pela ideia de abdicar da representação como meio exclusivo de organização política. São lutas que, em vez de líderes, se norteiam por pautas coletivamente definidas e territorialmente situadas:

Neste livreto, temos o objetivo de abordar os desejos e as realizações do ciclo de lutas irrompido em 2011 (...) nosso ponto de ataque são as formas dominantes de subjetividade produzidas no contexto da crise social e política corrente. (...) Um dos elementos mais radicais e de longo alcance desse ciclo de lutas, por exemplo, foi a rejeição da representação e a construção de esquemas de participação democrática (Hardt; Negri, 2014, p. 15-16).

Nessa linha reflexiva, os autores cunham a expressão “assumindo o bastão” para dizer

que os movimentos sociais, diante de uma característica singular, de preservação das suas especificidades locais, conseguiram influenciar lutas de outros territórios, que assumiram proporções globais e transformações politicamente substanciais:

Cada uma dessas lutas é singular e orientada por condições locais específicas. A primeira coisa a se observar, porém, é que todas, efetivamente, dialogam entre si (...) e que conseguem manter coesas, sem contradição, suas condições singulares e suas batalhas locais com a luta global comum (Hardt; Negri, 2014, p. 12-13).

Porém, o que hoje se impõe como desafio às lutas coletivas, segundo os autores, são os sofisticados mecanismos utilizados pelo capitalismo neoliberal para despolitizar a organização dos movimentos de resistência. Hardt e Negri (2014) definem quatro figuras subjetivas, que visam consolidar sujeitas(os) alienadas(os) do processo de exploração econômica, alicerçados por uma sociabilidade geradora de empobrecimento, irracionalismo, desproteção, medo e descrença, sendo estas as principais engrenagens de uma nova forma de ser e estar no mundo contemporâneo:

O triunfo do neoliberalismo e sua crise mudaram os termos da vida econômica e política, mas também operaram uma transformação social e antropológica, fabricando novas figuras de subjetividade. A hegemonia das finanças e dos bancos produziram o *endividado*. O controle das informações e das redes de comunicação criaram o *mediatizado*. O regime de segurança e o estado generalizado de exceção construíram a figura oprimida pelo medo e sequiosa de proteção: o *securitizado*. E a corrupção da democracia forjou uma figura estranha, despolitizada: o *representado*. Essas figuras subjetivas constituem o terreno social sobre o qual – e contra o qual – os movimentos de resistência e rebelião devem agir (Hardt; Negri, 2014, p. 21).

Com o *endividado*, os autores mostram como as instituições financeiras conseguem capturar a classe trabalhadora, cada vez mais empobrecida pelas perdas salariais, precisando submeter-se a qualquer condição trabalhista e financeira para complementar a sua renda, que, nesse contexto, é entendida como uma questão de consumo, e não de subalternização da força de trabalho, acirrada pelo medo de não ter a sobrevivência garantida:

os empréstimos se tornaram o principal meio de satisfazer as necessidades sociais. Sua subjetividade se configura sobre a base da dívida. Você sobrevive se endividando, e vive sob o peso de sua responsabilidade em relação à dívida. Você é controlado pela dívida. Ela disciplina seu consumo, impondo-lhe austeridade e muitas vezes o submetendo a estratégias de sobrevivência. Mas, além disso, a dívida dita seus ritmos e escolhas de trabalho. (...) O endividado é uma consciência desventurada, que transforma a culpa numa forma de vida (Hardt; Negri, 2014, p. 22-23).

Como se vê, a dívida passou a ser uma das ferramentas da acumulação. É o capital produtivizando a dinâmica da vida e sugando todas as possibilidades de geração e de apropriação da riqueza socialmente produzida. “A dívida obscurece a produtividade dos trabalhadores, mas elucida sua subordinação (...). A fim de sobreviver, o endividado deve

vender todo o seu tempo de vida” (Hardt; Negri, 2014, p. 25).

O mais estarrecedor, na reflexão em tela, é que esta nova configuração, marcada pelo que os autores chamam da relação entre devedor e credor, remetem aos tempos medievais, na medida em que não acontece na relação direta com o sistema produtivo, não deixando que a(o) trabalhadora(or) se aperceba do processo brutal de exploração ao qual está submetida(o):

O rentista está distante do momento da produção de riqueza e, por conseguinte, não é capaz de perceber a realidade cruel da exploração, a violência do labor produtivo e o sofrimento provocado na produção de renda. (...) O novo pobre da atualidade ainda é livre (...), mas, por meio das suas dívidas, é de novo, propriedade dos senhores que mandam por meio das finanças. As figuras do fiador e do servo por contrato renasceram. (...) Incapaz de se livrar da miséria à qual está reduzido, o devedor está preso por cadeias invisíveis, que devem ser reconhecidas, compreendidas e quebradas a fim de se tornar livre (Hardt; Negri, 2014, p. 26-27).

Na abordagem à segunda figura subjetiva, elucidada pelos autores, *o mediatizado*, há uma captura da comunicação para a satisfação das necessidades econômicas, com destaque para o excesso de comunicação como forma de sufocar e periferizar a informação, não permitindo a sua qualificação. O que para os autores suscita preocupação, na medida em que periferizar funciona como meio para barrar as resistências:

estamos mais preocupados a respeito de como os atuais sujeitos mediatizados sofrem (...) sufocados pelo excesso de informação, comunicação e expressão. (...) As forças repressivas não impedem as pessoas de se exprimir, ao contrário, elas forçam a se exprimir (...) o que geralmente precisamos é do silêncio necessário para que exista pensamento. (...) Em especial, na questão da ação política e da libertação (...) não é a quantidade de informação, comunicação e expressão, mas sim sua qualidade (Hardt; Negri, 2014, p 27-28).

A questão da informação entra aí como uma preocupação central dos autores porque “as práticas laborais e a produção econômica estão se tornando cada vez mais mediatizadas” (Hardt; Negri, 2014, p. 29). Parece que a qualificação da informação se torna decisiva para nos orientar criticamente. Neste sentido, os autores tomam de Matteo Pasquinelli (2011) a ideia de *informação viva e morta* para fazer essa diferenciação, expressão que este autor tomou de Karl Marx sobre *trabalho vivo e morto*, quando este refletiu sobre a qualidade da informação produzida pelo trabalho no âmbito do sistema produtivo. Uma questão bem interessante na reflexão do *mediatizado* é que, analisando a qualidade das informações no mundo contemporâneo, Hardt e Negri (2014) postulam que estamos cheios de informação morta:

Da mesma forma que a produtividade humana é mascarada na figura do endividado, na figura do mediatizado reside a inteligência humana mistificada e despotencializada. Ou melhor, o mediatizado está pleno de

informação morta, sufocando nossos poderes de criar informação viva (Pasquinelli, 2011 *apud* Hardt; Negri, 2014, p. 30).

Pensando nos caminhos da luta coletiva, a partir das manifestações de 2011 e, ainda, baseados nas ideias de Karl Marx (2011), Hardt e Negri (2014) vão dizer que não é, necessariamente, a circulação da informação que respalda a organização política revolucionária, mas, a corporificação dos seus membros nesta luta, pois, é preciso estarem juntos para que as afinidades políticas se estabeleçam, subentendendo-se, aí, que a comunicação corporificada é condição vital para a ação política:

A comunicação mais importante que os proletariados possuem, e que os camponeses carecem, está representada no estar junto físico, na fábrica. A classe e as bases da ação política são formadas não por meio da circulação das informações ou até mesmo das ideias, mas sim mediante a construção dos afetos políticos, o que requer a proximidade física. Os acampamentos e as ocupações de 2011 redescobriram essa verdade da comunicação (Marx, 2011 *apud* Hardt; Negri, 2014, p. 31).

O *securitizado* é a terceira figura subjetiva trazida pelos autores para refletir os tempos atuais. É quando mostram que passamos a ser tratadas(os) como ameaça ao sistema, na medida em que somos permanentemente vigiadas(os), ao mesmo tempo em que nos tornamos as(os) únicas(os) responsáveis por nossa segurança:

Uma caminhada por sua rua está propensa a ser gravada por inúmeras câmeras de segurança, suas compras com cartão de crédito e suas buscas na Internet tendem a ser rastreadas, e suas chamadas por meio do celular são facilmente interceptadas. Nos últimos anos, as tecnologias de segurança avançaram muito, investigando atentamente a sociedade, as nossas vidas e os nossos corpos (...) atualmente, no entanto, a vigilância total é cada vez mais a condição geral da sociedade. (...) Você aceita estar numa sociedade prisional porque fora dela parece mais perigoso. Você não é só objeto de segurança, mas também o sujeito. (...) O medo justifica oferecer de modo voluntário seus olhos e sua atenção alerta a uma máquina de segurança aparentemente universal. (...) O *securitizado* é uma criatura que vive e prospera num estado de guerra (Hardt; Negri, 2014, p. 33-34).

O interessante é que os autores, refletindo sobre a população carcerária nos Estados Unidos, que cresceu absurdamente a partir dos anos de 1970, se dão conta de que o aumento do aprisionamento não está diretamente ligado ao aumento da criminalidade, mas, ao racismo nas práticas de segurança:

Os Estados Unidos encarceram a maior porcentagem de sua própria população em relação a qualquer outro país. (...) Essa grande expansão não pode ser explicada pela crescente criminalidade da população norte-americana ou pela maior eficiência da manutenção da ordem pública. Na realidade, nos Estados Unidos, as taxas de crime permaneceram relativamente constantes. O escândalo da expansão prisional norte-americana é ainda mais impressionante quando se observa como ela funciona associada a divisões raciais. Os latinos são encarcerados numa taxa que é quase o dobro da dos brancos e os afro-americanos numa taxa quase seis vezes

maior. O desequilíbrio racial daqueles nos corredores da morte é ainda mais extremo (Hardt; Negri, 2014, p. 35-36).

Não é de se admirar, na constatação dos autores que, concomitante ao aumento do encarceramento racial, cresceu a militarização da sociedade norte-americana, com uma expressiva adesão social, conferindo aos militares um reconhecimento do seu *status*, a despeito das violências empreendidas. É o que se coloca na cena pública, para recepcionar os novos estratos de populações cada vez mais empobrecidas e jogadas à própria sorte (Hardt; Negri, 2014, p. 37).

Diante do avanço do encarceramento nos Estados Unidos, os autores adensam que este não é um fenômeno direcionado, apenas, aos que se encontram sob o regime desta lei, mas, funciona como um alerta à toda a sociedade, sobretudo, à massa de trabalhadores pauperizados que ainda não foi alcançada por ela, “a prisão funciona como um depósito para a população excedente, mas também como lição amedrontadora para a população “livre” (Hardt; Negri, 2014, p. 38).

A última figura de subjetividade destacada pelos autores é *o representado*, expressão que nasceu das leituras sobre os movimentos sociais, estudados em 2011, onde conseguiram perceber nestes movimentos uma crítica às estruturas dos poderes representativos como ferramenta de democracia:

O mercado capitalista global, [...] sempre estende o modelo de representação parlamentar como instrumento da inclusão política das populações. E mesmo assim, muitos dos movimentos de 2011 recusam-se a ser representados e dirigem suas críticas mais contundentes contra as estruturas do governo representativo. (...) Para entender sua crítica, devemos reconhecer que a representação não é de fato, um veículo da democracia, mas sim um obstáculo para sua realização (...) (Hardt; Negri, 2014, p. 40).

Estas ponderações, obviamente, se combinam com as feições anteriormente esboçadas, no que tange ao monopólio dos poderes econômico e informacional por parte dos dominantes, colocados a serviço de uma cultura do medo, que tende ao isolamento individual e coletivo:

o medo do securitizado é produzido de uma maneira traiçoeira e chocante pelas táticas de susto da mídia dominante. Assistir ao tele-noticiário noturno é suficiente para deixá-lo com medo de sair de casa. (...) A natureza associativa das relações sociais é transformada num isolamento apavorante (Hardt; Negri, 2014, p. 41).

Para concluir, os autores fazem uma reflexão prospectiva para fomentar os caminhos da mudança:

E o representado? O que permanece de suas qualidades como cidadão nesse contexto global? Ao deixar de ser um participante ativo da vida política, o representado se descobre o pobre entre os pobres, lutando sozinho na selva dessa vida social. Se não estimular seus sentidos vitais e despertar seu apetite pela democracia, o representado se tornará um produto puro do poder, a

casca vazia de um mecanismo de governança que não faz referência ao cidadão-trabalhador. (...) “Para onde foi o projeto de democracia?”, perguntam. “Como podemos voltar a mobilizá-lo? (...) Um caminho os movimentos ensinam, passa pela revolta e a rebelião contra as figuras subjetivas esgotadas e despoticizadas. (...) A democracia somente se concretizará quando emergir um sujeito capaz de entendê-la e aplicá-la (Hardt; Negri, 2014, p. 45).

É fato, que nesse mundo globalizado as tendências hegemônicas do conhecimento tendem a negar a potencialidade dos países nomeados periféricos, com a finalidade de suprimir da história os tensionamentos que atravessam a nossa existência. Mas, como tenta mostrar a análise, a realidade é dinâmica e sempre haverá possibilidade de agregar novos elementos de ressignificação e transformação. A população trans e travesti é um exemplo vivo disso. É imbuída dessa intenção que parto para o próximo capítulo, tratando as questões que deram materialidade aos caminhos percorridos por esta população nos serviços de atenção à saúde, em Recife/PE.

Figura 10 – Enfrentando o banheiro



Fonte: Almeida *et al.* (2018).

4 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT NOS SERVIÇOS DE MÉDIA, ALTA E BAIXA COMPLEXIDADES DE RECIFE/PE

Referendados na introdução os principais desafios à imersão empírica, daremos continuidade às questões advindas das entrevistas com as(os/es)³¹ três profissionais, 1 (um) de cada serviço pesquisado, e com as(os/es) 7 (sete) usuárias(os/es) que por eles transitaram. É importante ressaltar que a maior parte das entrevistas com usuárias(os/es) aconteceram fora do domicílio, porém, em local improvisado para garantir a privacidade do diálogo. Apenas 2 (duas) entrevistas foram realizadas no domicílio, tratando-se de um casal trans, onde o usuário foi, finalmente, acolhido no Espaço Trans/UFPE, e captado por lá, durante o acolhimento. A ida ao domicílio favoreceu uma melhor interpretação dos aspectos pertinentes às condições de moradia e de vida da família. Apenas o Ambulatório LBT, do Hospital da Mulher, conseguiu articular a participação de 3 (três) usuárias(os/es), como havia sido previamente combinado com o Comitê de Ética da Prefeitura de Recife/PE. As demais participações foram possibilitadas pela articulação com uma pessoa do movimento social, vinculada ao Espaço Trans/UFPE.

A ideia da escolha dos três serviços de Recife/PE foi investigar a resolutividade da política de assistência à saúde de PTT, nos três níveis de complexidade, com destaque para as problemáticas e potências existentes em cada nível de atendimento. A reflexão partirá da ótica das(os/es) trabalhadoras(os/es), seguida da narrativa das(os/es) usuárias(os/es). Começará pela média complexidade, ou Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, pelo fato de estar funcionando como porta de entrada da demanda LGBTQIAP+, de acordo com os relatos obtidos. Seguida da alta complexidade, com o ambulatório LBT, serviço de média complexidade, que funciona dentro de um hospital de forma regulada. A baixa complexidade, mesmo representando a porta de entrada do SUS, ficará por último, na sequência da apresentação, por ter sido, de fato, a instância menos acessada pelas PTT nas soluções dos seus problemas de saúde.

A fala das(os/es) profissionais sobre a prestação da assistência à saúde de PTT foi organizada com base nos seguintes subtítulos: acolhimento da demanda; a equipe multiprofissional; grupos como modalidade assistencial; a formação das equipes técnicas; aprendizados no cotidiano de trabalho; referência e contrarreferência; e desafios institucionais. Estes subtítulos tiveram como finalidade proporcionar uma melhor

³¹ O artigo *es* está sendo agregado ao *a(o)* neste capítulo para abarcar todas as corporalidades que participaram das entrevistas da pesquisa.

sistematização destas narrativas, à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), implementada em 2003, que, entre outros, busca contribuir com a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de saúde (Senado Federal, 2003).

4.1 A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT NA VISÃO DAS (OS/ES) TRABALHADORAS (OS/ES) DE RECIFE/PE

O Ambulatório LGBT Patrícia Gomes foi inaugurado em novembro de 2017 e encontra-se sediado nas dependências da Policlínica Lessa de Andrade, situada à Estrada dos Remédios, 2416, Madalena, Recife/PE. Segundo relatos do profissional da média complexidade (PMC), o nome do ambulatório teve como fonte de inspiração a mulher trans ativista Patrícia Gomes, que fez história no movimento LGBT de Pernambuco, tendo uma inserção pioneira no movimento de mulheres trans e travestis, na luta pela agenda da saúde.

O PMC esclareceu que o Ambulatório LGBT Patrícia Gomes tem funcionado como porta de entrada da população LGBTQIAP+, o que explica o seu acesso por demanda espontânea. De acordo com este profissional, o serviço conta com a vinculação de cerca de 1.500 pessoas, estimativa referente a dezembro de 2022, o que já representa um excesso de contingente para a capacidade de resposta deste serviço. Destas(os/es), a maioria, (cerca de 77%), são pessoas trans e travestis, cuja demanda está majoritariamente voltada à hormonioterapia. Todas(os/es) as(os/es) munícipes de Recife/PE, ligadas(os/es) ou não ao Ambulatório LGBT, têm o direito de acessar os hormônios através da farmácia da Policlínica. A Policlínica Lessa de Andrade é um serviço que congrega várias especialidades médicas, o que vem a facilitar o intercâmbio para o atendimento de outras demandas de saúde oriundas do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes.

Nós temos uma estrutura de cinco salas aqui e nós funcionamos dentro de um complexo de especialidades que é a Policlínica Lessa de Andrade, o que nos atribui uma facilidade maior das articulações das nossas demandas e necessidades, porque a gente ficar restrito, só a essa política, talvez, a gente não tivesse essa proximidade com essas outras especialidades pra sanar nossas demandas. Então, assim, estar nesse espaço, aqui, enquanto Policlínica, nos facilita muito, nesse processo (PMC).

Observa-se na narrativa acima que a proximidade com a Policlínica tem ajudado a equipe técnica na busca por respostas para outras questões de saúde, para além das adequações corporais. Esta ampliação do raio de intervenção sobre as demandas de PTT pode encontrar assento numa compreensão ampliada de saúde da equipe, como também, nas próprias PTT em buscarem o serviço especializado, em função das dificuldades de acessar a

porta de entrada do sistema. O que vem a reforçar o nosso ponto de partida sobre a confluência desta população para os serviços especializados no atendimento LGBTQIAP+, em busca de respostas integrais de saúde.

O Ambulatório LBT foi inaugurado em maio de 2016 nas dependências do Hospital da Mulher do Recife. De acordo com relatos da profissional da alta complexidade (PAC), até outubro de 2022, passaram pelo Ambulatório LBT um total de 887 pessoas, conforme dados deste serviço. Este ambulatório não possui uma sala exclusiva, porém, se organiza, espacialmente, formando uma triangulação entre as salas onde ficam as(os/es) profissionais de referência do atendimento LBT:

A gente, no começo, a gente não quis algumas pessoas, né, que fizeram parceria conosco, pra poder implementar o serviço, que gostaria que colocasse a bandeira, fizesse um cantinho diferenciado. O que é que a gente colocou? Que não, que somos todos iguais né, perante a lei, que a questão da diversidade é geral, todos nós, né, estamos na diversidade. Então, seria interessante que todo mundo ficasse num ambiente igual pra todo mundo, isso é muito bonito, isso é muito legal porque eu me lembro muito que eu tinha uma paciente, uma idosa bem católica de 74 anos e eu tinha uma paciente lésbica e todas as vezes ficavam as duas sentadinhas conversando e ela adorava conversar com aquela paciente, entendeu? Depois, chegava uma mulher trans que, assim, bem performática, e ela vinha de lenço, vinha de óculos escuros e ela também adorava, conversava. Então, fica uma roda de conversa, porque fica bem na frente, né, da nossa sala, aqui, eles ficam aqui esperando, porque, até nisso, foi planejado. (...) Então, aqui, vai pra o ginecologista, vai pra serviço social e vai pra psicologia. Então, você não fica zanzando, fica aqui sentadinho esperando a sua vez, a sua hora e é respeitado. E eles andam e vão pra todos os lugares, não sei se você conhece o hospital, mas, tem uma ala, ali, que é uma galeria de quadros, entendeu? Então, assim, eles se sentem muito à vontade. Eu até brinco muito com uma usuária, que eu digo assim: "amiga, tá faltando você trazer o colchão, porque todo dia você tá aqui no hospital, né?". Então, assim, você nota que eles já chegam, já brincam com as meninas lá na frente, já vem, já senta, já vai conversar um pouquinho, ali com o pessoal da enfermagem, então, assim, eles se sentem realmente acolhidos, confortáveis, seguros (PAC).

O incentivo à livre circulação de PTT por todo o hospital é, de fato, muito importante para a ideia de que todas(os/es) têm o direito de acesso à saúde. Porém, sabemos que, na efetividade da lei, muitas pessoas não são alcançadas, a exemplo de PTT, daí a importância de se reforçar as ações pedagógicas no cotidiano do hospital, no sentido de prevenir possíveis riscos às violações. As(os/es) usuárias(os/es) podem funcionar como importantes interlocutoras(es) dessa dinâmica interna, o que pode estar ajudando a equipe técnica a pensar nas estratégias para esta circulação, caso se faça necessário. Segundo a PAC, em geral, a demanda para o hospital da mulher acontece de forma regulada, porém, no que concerne à

população LBT, também chega de forma espontânea devido, principalmente, à falta de referenciamento desta demanda:

Então, assim, todas as especialidades o LBT tem acesso, diferente do público em geral, que vai ter que voltar de novo pro distrito, no caso proposto, pra ser regulado. Eles não! O ginecologista, se ver necessidade, ele vai encaminhar pro neuro, por exemplo, porque, às vezes, tem caso de epilepsia. Eu já posso encaminhar pro psiquiatra, e o ginecologista pode encaminhar também, se perceber. Porque, veja, se você tiver algum probleminha nos ovários, se você tiver algum probleminha na mama, se tiver algum nódulo, então, não inicia a hormonização. Primeiro, vai tratar de tudo. Então, assim, ele vai fazer uma abdominal, vai fazer uma ultrassom total, né (...) vai fazer a mamografia, então, depois de tudo isso, aí, é que vai encaminhar pro endócrino, pra poder iniciar a hormonização (PAC).

É louvável a ideia da flexibilidade do acesso de pessoas LBT como, também, o intercâmbio com a rede especializada do próprio hospital, tendo em vista as reconhecidas dificuldades enfrentadas por esta população. No entanto, é de igual importância fomentar a contrarreferência de forma resolutiva para o território, vez que a falta de acesso à atenção primária acaba reduzindo as chances de respostas às demandas de saúde.

A iniciativa em consolidar o atendimento às PTT na Unidade de Saúde da Família - USF Brasilit se deu em meados de 2016, ocasião em que a profissional da baixa complexidade (PBC) foi procurada pelo movimento social de homens trans. Ao tomar ciência do processo de desassistência, resolveu iniciar o atendimento que, inclusive, extrapolou a questão territorial, absorvendo demandas da região metropolitana e interior do Estado. Devido ao protagonismo deste movimento, o atendimento iniciou com os homens trans, havendo, nesse processo, três acompanhamentos obstétricos. As mulheres foram gradativamente se incorporando ao processo, porém, os homens continuaram, por um bom tempo, sendo maioria:

Então, o pessoal do Instituto Brasileiro de Transmasculinidades - Ibrat, fizeram essa conexão. Meu número é um número que muita gente tem, então, os pacientes falavam diretamente comigo, e eu fazia os atendimentos e os fluxos. A gente não tem, exatamente, um fluxo pré-estabelecido, não! O que a gente é, é referência de atendimento LGBT na região, no nosso distrito sanitário. Então, a gente não tem exatamente um fluxo, ou ele vem por mim, eu que marco, ou ele marca na unidade. Então, eu tenho pacientes que são da área, eles vão lá, na unidade, faz a marcação (...), mas, o que a gente consegue fazer, que é algo que a gente colocou, meio que protocolado, a gente não escreveu exatamente isso (...) a gente segue o protocolo em relação à hormonioterapia; a gente segue o que o HC construiu, e o que vem sendo melhorado, é o que a gente vai seguindo (PBC).

A PBC explicou que o seu interesse por PTT não surgiu, apenas, da reivindicação do movimento social. Foi, também, motivada na rotina do serviço, pelo tensionamento de uma mulher trans reivindicando o uso do nome social. Como não trazia bagagem prévia, a PBC

resolveu procurar o Espaço Trans/UFPE, onde passou cerca de 2 (dois) anos atendendo as pessoas que lá se encontravam em fila de espera, lhes adiantando a terapia hormonal. Na atividade docente, teve a oportunidade de sensibilizar algumas(uns) médicas(os) durante a preceptoria da Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Universidade de Pernambuco (UPE), que também passaram a atender esta população na rede de Recife/PE. À medida que os ambulatórios especializados no atendimento de pessoas LGBT da região metropolitana foram se organizando, a demanda de outros municípios foi sendo paulatinamente redirecionada para os seus locais de origem. Por esta unidade já passaram cerca de 30 pessoas, porém, apenas 12 permaneceram em acompanhamento regular.

As pessoas que eu atendo, que são fora de Recife, a gente tinha mais dificuldade; Camaragibe se organizou, então, eu não atendo ninguém de Camaragibe, só quando o médico tá de férias, aí, precisa fazer renovação de hormônio, aí, eles vão lá pra eu poder fazer, então, existe essa conversa comigo, pra eu poder fazer (...) eu fazia as renovações dos meninos, principalmente, dos meninos de outros locais como Paulista, que não tem um ambulatório de referência, Olinda tá com um ambulatório agora, de referência, e Jaboatão também. Então, as pessoas que eram desses espaços, Jaboatão, Olinda tão indo pras suas respectivas cidades, porque não faz mais sentido estar lá comigo; eu sou de Recife, então, não faz muito sentido. (...) Eu tava com fluxo que não era regular, mas, eu tenho, pelo menos, doze pacientes que são fixos, que vem com mais frequência; e eu tava, no total de pessoas que já passaram, que tem, ainda, algum contato comigo, eram trinta. (...) Então, tem pessoas que se mudaram, que foram pra outros locais, eu tenho pessoas que já conseguiram fazer as cirurgias, então, na verdade, o acompanhamento já não tá mais comigo (PBC).

No momento, a PBC encontra-se em transição da Prefeitura de Recife/PE para um cargo de assessoria na Universidade de Pernambuco, com a finalidade de promover a integração ensino-serviço. Quanto à continuidade do atendimento, a mesma esclareceu que será substituída por uma outra profissional, e que, também, está contra referenciando parte desta demanda para o Ambulatório Patrícia Gomes, na Policlínica Lessa de Andrade:

Vou! Vou ser substituída; vai ter uma menina, também, que fez residência em medicina de família, que faz atendimento de pessoas trans, então, algumas pessoas vão ter tranquilidade de se manter por aqui. (...) Alguns meninos, eu tô direcionando pro Cisam, porque, como eu tô nesse processo de sair, então, eu já tava fazendo alguns redirecionamentos. Os meninos que são de Recife, eu já conversei com o pessoal do Lessa de Andrade, conversei com o médico dizendo que eu vou referenciar e que eles têm que conversar sobre isso, porque eles precisam fazer o atendimento dessas pessoas. (...) Então, eu falei com o médico, mas eles têm que discutir na reunião. O Patrícia Gomes precisa discutir como vai fazer essa recepção (...) então, eles estavam fazendo essa discussão em relação às absorções de quem os pacientes vão ficar com quem, então, tinha alguns pacientes que já eram de lá, mas, tinha uma demora muito grande pra marcação (PBC).

Ao que se vê, a PBC irá para outra instituição e precisará interromper o atendimento para fazer o redirecionamento da demanda. O Ambulatório LGBT Patrícia Gomes aparece, em seu discurso, como a principal referência, porém, já se defronta com a problemática do excesso de contingente, conforme revelado pelo PMC durante a entrevista. Como foi dito, há uma necessidade de se garantir estas inclusões, no sentido de evitar descontinuidades ou interdições, vez que as vinculações já foram consolidadas, além do fato de que há uma dificuldade de inserção na rede, de forma geral, e, em especial, na atenção básica, que poderá complexificar, ainda mais, a solução deste problema.

4.1.1 Acolhimento da demanda

De acordo com o PMC, o objetivo do acolhimento está mais voltado para as questões da empatia e da formação de vínculos entre usuárias(os/es) e equipe técnica do que, propriamente, para o cumprimento de questões corporativas que, mesmo importantes, acabam segregando a assistência e reproduzindo o modelo biomédico de atenção à saúde:

Eu enxergo o acolhimento, todo ato de você receber aquela pessoa, de você fazer uma escuta qualificada, então, assim, aquele instrumental ali, só faz parte de uma parte do acolhimento, mas, pra mim, o acolhimento é mais esse olhar, esse enxergar, essa empatia, essa parte de você escutar e você saber ser proativo com essas necessidades das demandas, você ser humanizador, você orientar, você esclarecer, você mostrar o que aquelas pessoas têm de direito, o que já é garantido dela. Muitas vezes, as pessoas já chegam sem saber, e quando sai daqui, sai com outro pensamento (...) você se sente bem, se sente respeitado ou respeitada, você se sente no ambiente em que as pessoas, de fato, te deixam tranquila (...) e aí, a gente faz questão de mostrar para aquelas pessoas que elas fazem parte, que a gente depende delas pra aquele serviço também existir, e que aquele local ali é local delas. (...) É uma coisa que vai além de só simplesmente você fazer um cadastro, por exemplo, de você escutar o que aquela pessoa tá trazendo ali, de você ser proativo, você buscar quais as outras demandas, o que você pode fazer a mais por aquelas pessoas, que tanto tempo ficaram sem esses acessos (PMC).

Sob uma perspectiva ampliada de saúde, O PMC explica que a equipe trata o acolhimento como um espaço de formação de vínculos, cuja lógica tem proporcionado uma maior horizontalização da assistência. O que faz com que o acolhimento se torne uma possibilidade de todas(os/es) as(os/es) profissionais da equipe, incluindo médicas(os/es). Neste sentido, o serviço também funciona como campo de formação para residentes de medicina, que participam do atendimento clínico e pedagógico, favorecendo a cobertura da demanda, assim, como o processo de sensibilização para a temática.

Nós recebemos, também, aqui, equipes de residentes de saúde da família. Hoje é obrigatório os residentes de saúde da família da Sesau, que é da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, eles passarem por aqui, como estágio obrigatório; então, foi um grande ganho pra gente também, no sentido de a gente saber que, finalizando essas residências, nós teremos tantos profissionais com outro entendimento a respeito dessa política. Então, assim, a gente enxerga como um grande ganho, mas, aí, esses profissionais também dão um suporte enorme, nesse sentido, de estarem fazendo os acolhimentos, mesmo que acompanhados por preceptoria e tudo, mas, estar fazendo esses acolhimentos e, assim, a gente nunca orientou ser um único profissional. A nossa equipe é multi, ela está capacitada pra poder fazer os acolhimentos, tipo, se só tem o médico ali, naquele momento, disponível, pra tá fazendo aquele acolhimento, ele faz o acolhimento também; isso não ficou destinado a um único profissional (...) (PMC).

Diante da novidade de existirem médicas(os/es) com este nível de inserção na prestação da assistência, indaguei se estas(es) esboçavam alguma dificuldade com os diálogos empáticos e horizontais, no trato com a população, e foi dito sobre como a formação de médicas(os/es) de família e comunidade tem proporcionado uma outra lógica de intervenção na saúde:

Não! Os médicos que a gente tem, até mesmo por eles serem médicos de família e comunidade, eles têm essa facilidade maior da vinculação, de você querer ser mais proativo, de você querer buscar mais informação, de você não querer tratar aquela coisa pontual, focar ali, de você querer buscar outras formas que temos no serviço; nós temos outros serviços que a gente transversaliza dentro do nosso ambulatório, serviços de prevenção, de promoção em saúde, como a Prep. Quantas pessoas aí estão em situação de vulnerabilidade, na pista, trabalhando com sexo, mas não tem a possibilidade, não tem a informação de que, hoje, a pessoa pode tomar medicação de uso contínuo pra poder fazer essa barreira, tipo, prevenir de uma possível infecção, diante de uma exposição? (PMC).

Ao que parece, a formação das(os/es) profissionais médicas(os/es) com uma visão mais convergente com os princípios do SUS está facilitando o processo de trabalho com a equipe e com a população. Uma outra estratégia para favorecer o acolhimento da demanda, e que tem a ver com o respeito à diversidade entre o público interno, é o entendimento de que mulheres trans e travestis se fundem na definição *mulheres trans*, sob a justificativa de que o movimento social tem reivindicado essa confluência, sendo acolhida no serviço como meio para atenuar o preconceito entre pares. Há uma discriminação direcionada às travestis que, além de dividir a população trans, desconsidera a luta travesti, que possibilitou as conquistas alcançadas por todas estas mulheres.

A população trans, que eu gosto de dizer, população trans, incluindo a questão da travesti, ela ser uma mulher transexual, que é uma política nossa aqui, a gente coloca a mulher transexual e a travesti, mas, muito naquela provocação dela se colocar enquanto travesti, enxergando todo aquele resgate social de que foi a travesti, que sofreu, passou por todas as violências, que passou todas as discussões, derramaram seu sangue, que

morreram pra poder, hoje, a gente poder discutir a transexualidade, mas, a gente enxergar e valorizar esse sinônimo de luta que são as travestis, sempre orientando-as que toda travesti, ela é uma mulher transexual (PMC).

O relato do PMC diz de uma compreensão ampliada e profunda sobre a luta travesti, tornando o ambiente institucional acolhedor e atento às nuances que poderão estar inovando o cotidiano da assistência, o que colabora em muito para um atendimento de acordo com as necessidades desta população. Trabalhar com PTT, nestes termos, significa estar aberta(o/e) a um constante reexame, partindo do pressuposto de que esta população tem sempre algo a comunicar aos protocolos convencionais, em função dos históricos negligenciamentos que marcam as suas trajetórias pelas políticas públicas. Murta (2022) partindo do conceito ampliado de saúde diz que, para se cumprir os princípios do SUS, é necessário considerar a condição socio-histórica da população usuária na definição do cuidado. Esta é uma prerrogativa indispensável para que as PTT tenham as suas demandas de saúde efetivamente representadas.

O acolhimento, segundo a profissional da alta complexidade (PAC), fica sob a responsabilidade da equipe de referência do atendimento LBT, formada por assistente social, psicóloga e médico ginecologista, que se encarregam de identificar as demandas e fazer os devidos encaminhamentos para as especialidades da rede interna. Esta conduta, baseada na investigação da situação geral de saúde, busca identificar e tratar problemas que antecedem o início da hormonioterapia.

O primeiro atendimento é feito aqui, no serviço social. Após a triagem, o serviço social, encaminha, ou pra mim, ou pra psicóloga da tarde, dependendo do horário disponível que a pessoa queira, né. Aí, ela encaminha essas pessoas pra lá. Aí, o que é que acontece? Após ela ser encaminhada, aí, ela vai pra mim, aí eu vou atender e vou perguntar se ela quer, porque não é uma necessidade do programa ela ter que fazer terapia, mas, é importante, porque, após isso, eu posso dar o laudo para as cirurgias de mamas particulares. (...) Às vezes, ela tem um plano e quer fazer uma cirurgia particular, e o médico exige um laudo né, que é muito importante. Então, aí, eu atendo, porque não é só a questão da hormonização, né; quando você vem pro programa, não é só sua identidade, né, é toda uma história de vida, é toda uma história de rejeição, ou de angústia, ou de preconceito, então, assim, você vem com um monte de coisa, mais a questão de tentativa de suicídio, de borderline, né, de transtorno de borderline, que é um dos transtornos mais difíceis, bipolaridade, uso de drogas. (...) Então, várias coisas vêm nessa bagagem, que serão vistas dentro da terapia e, aí, a gente vai fazendo a terapia. Se eu achar necessário, eu encaminho pro psiquiatra, naquele momento, mas, o psiquiatra tem que ver, também, nosso paciente trans pra dar um "ok", se ele vai fazer a hormonização, se tá tudo direitinho, porque, às vezes, ele pode ter transtornos mais graves, que pode prejudicar. Tomar, talvez, medicamentos mais fortes, né, e aí, pode prejudicar, num primeiro momento, o início da transição. (...) Todos passam pelo psiquiatra. Até pro psiquiatra dar um aval: "não, o paciente tá

tranquilo, tá tudo bem, não há necessidade". (...) Então, é importante (...) você, também, se não quiser, não precisa, mas, como responsabilidade do hospital e da equipe, é importante que ele seja visto por toda a equipe né, principalmente o psicólogo e o psiquiatra, né? (PAC)

Podemos observar nesta narrativa que, no tocante às PTT, há uma preocupação por parte da equipe de referência em acolher a demanda sob uma perspectiva ampliada de saúde. Porém, chamou atenção o fato de que a psiquiatria é mais uma(um) profissional que faz o acolhimento, independente da manifestação do desejo que, em geral, pode estar sendo identificado pela equipe durante o acompanhamento. Sem desconsiderar a sua relevância, é importante salientar que a psiquiatria foi historicamente pensada nesse tipo de assistência como uma profissão que tem uma função diagnóstica, que lhe dá um monopólio sobre estas pessoas, em detrimento da sua autodenominação, o que pode vir a corroborar processos patologizantes nesse tipo de cuidado. Não podemos nos abster da ideia de que, no espaço hospitalar, a centralidade curativa desafia, muito mais, uma intervenção profissional para além do corpo biológico. Porém, diante do fato de que a condição trans configura a reivindicação de uma expressão da diversidade humana, é preciso adensar as medidas que subvertam a ordem patologizante, para que possamos exercer uma saúde efetivamente pautada nos princípios da integralidade e equanimidade, previstos na PNSILGBT. Marini e Favero (2022), ao discorrerem sobre a despatologização de PTT, reconhecem a ambivalência da condição diagnóstica, na medida em que esta tem funcionado como único meio de acesso aos serviços. O que, para as autoras, assevera o compromisso profissional em subverter os protocolos biomédicos, para se empreender uma clínica potencialmente humanizadora. Esta reflexão elucida um aspecto decisivo nas práticas de saúde. A ideia de que o confronto à ordem patologizante, naturalizada no fazer saúde, precisa ser objeto da ação concreta.

Segundo a profissional da baixa complexidade (PBC), a demanda chega à sua unidade de forma regulada ou espontânea, porém, quando há necessidade de encaminhamentos para interconsultas, pode acontecer de forma regulada, ou no “corpo a corpo” devido, principalmente, às dificuldades de inserção e de circulação desta população na rede de saúde:

As pessoas trans vêm chegando na unidade, algumas pessoas moram no bairro (...) nós temos pacientes que são mulheres trans, que moram na área. A região da Brasilit abriga algumas pessoas, que são profissionais do sexo, que atuam, ali, naquela região da BR-101. Então, a gente tem algumas pessoas que vão na unidade, e a gente tem pessoas que, também, são universitárias, da federal, e que moram ali perto e que, também, frequentam. Como a unidade é uma referência pra o Distrito Sanitário IV e V, as pessoas que também precisam, elas são referenciadas pra unidade de saúde, então, a gente recebe, também, referenciado, e a gente também, recebe através dos movimentos sociais (PBC).

Falando sobre a rotina do acolhimento, a PBC esclarece que a equipe técnica da USF Brasilit, constituída de médica, enfermeira e técnica de enfermagem, conta com a participação ativa da portaria, da recepção e da gerência da unidade, para garantir um fluxo acolhedor. Estas têm resolvido, inclusive, questões que poderiam ter sido dirimidas no local de origem, como a atualização do cartão SUS, para prevenir constrangimentos. Situação que, inclusive, chegou a ser relatada por uma usuária da alta complexidade, durante a entrevista:

Como é feito o acolhimento, né? A gente atende, desde a recepção, muitos pacientes trans, principalmente, mulheres trans. A minha porteira, ela consegue identificar as mulheres, mas, muitos homens trans, ela não consegue, então, muitas vezes, passa despercebido, e é tratado como todo mundo. Não tem muito essa diferenciação, não. Quando ela percebe que é um paciente trans, ela já faz: "é pra doutora ..." "é um paciente trans, pronto, você vai falar na recepção", então, ela já faz um direcionamento pra gerente, pra poder organizar. A gente não tem histórico de transfobia na unidade, então, isso daí, pra gente, é muito importante. (...) O pré-acolhimento da população, quem vai fazer é a recepção, então, a recepção já é orientada a perguntar se tem o cartão do SUS com o nome social; se a pessoa já tá retificada. Então, se tem alguma alteração pra ser feita no CadSUS, já é feita na recepção. Às vezes, a gente tem alguns pacientes que eles vêm de outras unidades com o cartão do SUS com o nome de batismo, e as pessoas dizem que lá é um processo pra poder fazer essa mudança, então, as minhas recepcionistas, a minha recepcionista com a minha gerente, ficam super chateadas quando escutam essa história: "é mentira", "é má vontade", então, elas pegam e fazem toda a reorganização. Só não fazem quando tem algum problema de conexão, porque a gente depende da internet, depende do Ministério da Saúde. Quando tem algum problema, elas não conseguem fazer, mas, elas já são orientadas. Primeira coisa que pergunta é: "cadê o seu cartão do SUS, tá no seu nome? (PBC).

Pode-se observar neste relato, um engajamento de boa parte da equipe da unidade para garantir um ambiente livre de preconceitos. Iniciativa que chegou a ser reconhecida por usuárias(os/es) que buscaram este serviço, especialmente, os meninos que fizeram o acompanhamento pré-natal e hormonioterápico. Porém, condutas como estas não foram encontradas nos discursos de outras(os/es) usuárias(os/es) que circularam pela atenção básica. O que suscitou para nós que o êxito desta experiência não é, propriamente, parte de uma política municipal de atendimento às PTT na porta de entrada. A aliança destas(es) profissionais com a pauta LGBTQIAP+ pareceu-nos a causa mais provável de um desempenho mais atento às particularidades trans e travestis.

Embora primordial, insistimos na ideia de que a atuação das equipes de saúde não pode ser um meio exclusivo para consolidar a saúde de PTT. Santos *et al.* (2021) refletindo sobre os obstáculos na oferta da assistência à saúde de pessoas trans no Rio de Janeiro, trata dos fundamentos desta problemática lembrando que estamos diante de uma lógica de desfinanciamento das políticas sociais, com base num Estado prioritariamente voltado aos

interesses do capitalismo financeiro, com impactos significativos nas práticas de saúde. Neste sentido, não podemos deixar de considerar que o território se torna um elemento cada vez mais central nas possibilidades de reinvenção da saúde, pois, é no território que a assistência acontece e que pode ser estrategicamente usada para potencializar as(os/es) sujeitas(os/es) da ação concreta de saúde.

4.1.2 A equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional do ambulatório LGBT Patrícia Gomes, segundo o PMC, é composta por um enfermeiro, que agrega a coordenação do serviço e o atendimento à população, dois médicos, um psicólogo e uma assistente social, recentemente incorporada. A estratégia de médicas (os/es) com experiência em Medicina de Família e Comunidade, na composição da equipe nuclear, ajuda a deslocar a centralidade do poder médico para uma perspectiva mais integral.

Então, a nossa equipe é formada hoje por dois médicos de família e comunidade que é uma coisa estratégica nossa. A gente tá numa média complexidade, onde a gente tem o serviço de especialidade, mas nós buscamos profissionais da Atenção Básica pra poder a gente ter esse entendimento e essa proposta de promover pra esse segmento a saúde integral pra essa população. Não ser, simplesmente, aquela demanda especializada, como acontece nos serviços de especialidades, mas, que a gente pudesse também trazer essa demanda de, por exemplo, a prevenção, a promoção de saúde. A gente faz esse resgate histórico da necessidade do cuidado que essas pessoas têm (PMC).

A perspectiva de ampliação do foco da intervenção, como foi dito, é muito profícua, especialmente, quando tratamos de PTT, pois, além da predominância curativa da saúde pública brasileira, as PTT ainda têm que enfrentar os desafios impostos pelas tendências patologizantes dos programas governamentais, voltados à sua saúde. O que sinaliza sobre o quanto se tem a ser superado nos caminhos que destituem o acesso à saúde desta população como cidadã de políticas integrais e equânimes.

Guaranha (2013), refletindo sobre o acesso à saúde de PTT, diz que, muito embora a saúde pública seja marcada por condutas normativas e estigmatizantes, há que se considerar as possibilidades trazidas pela saúde coletiva, onde se busca romper com as formas clássicas de fazer saúde, para a produção de uma clínica onde a(o/e) usuária(o/e) esteja na centralidade da intervenção. São questões que, mesmo não alterando as dimensões estruturais desta

problemática, podem impactar significativamente na qualidade do serviço prestado. Nesta linha de análise, destacamos a importância da narrativa abaixo, na ideia da psiquiatria como mais um partícipe do cuidado, sendo requisitado a partir da demanda da população, rompendo com o acompanhamento compulsório, para efeito de diagnóstico. A psiquiatria, neste relato, não integra a equipe nuclear do serviço, nem tem um papel preponderante, conforme prevê a Portaria do Processo Transexualizador do SUS:

No momento que a gente precisar de psiquiatria, a gente tem porta aberta o tempo todo. Então, assim, a gente sabe que a gente tem essa demanda de necessidade; a gente trabalha com hormônios; hormônios, mexe muito com o psicológico, mexe muito com o corpo todo (PMC).

A despatologização, mais do que uma conduta a ser adotada no cuidado em saúde, é um movimento político de grande magnitude, que desafia sobremaneira o *modus operandi* da saúde pública, cuja centralidade está voltada para a cura do corpo biológico concebido, nesse contexto, como uma unidade imutável e apartada da realidade despolitizando-se, aí, as dimensões sociopolíticas dos corpos dissidentes. Não por acaso, Bento e Pelúcio (2012) vem nos dizer que: “Discutir gênero é se situar em um espaço de lutas marcado por interesses múltiplos” (Bento; Pelúcio, 2012, p. 575). A frase nos remete a uma arena de disputas onde, não apenas a discussão, mas, o agir com o gênero nos chama para um inevitável posicionamento, pois, o sentido adoecedor, atribuído àquelas(es) que confrontam a norma, interdita o direito de acessar serviços e políticas como as demais pessoas.

A compreensão de saúde ampliada da equipe da média complexidade, além de apoiar nos processos despatologizantes, está ajudando na identificação de comorbidades derivadas de intervenções corporais clandestinas devido, principalmente, à dificuldade de existir, na rede de saúde, respostas a estas demandas.

Quando a gente fala de um segmento como LGBT, a gente fala de um segmento que vem com essas arestas, com essas lacunas, de muito tempo. Muitas vezes, quando chega, vem com doenças pré-existentes, aí, você já sabe de situações bem complicadas e, aí, você vai tentar reverter situações. (...) Às vezes, vem buscar as transformações já tentando se transformar há tempo, né? (...) O médico daqui, da gente, já fez algumas articulações com outros hospitais. (...) Conseguiu até uma articulação de uma pessoa que fez articulação lá dentro, só que foi uma menina trans que, por duas vezes, foi agendada e ela não foi (PMC).

Mesmo havendo uma equipe sintonizada com o direito de PTT, a narrativa mostra que apareceram barreiras para o encaminhamento à rede externa, reafirmando a ideia de que as problemáticas com a política de saúde não se encerram no compromisso profissional. Como disse o PMC, apareceram comorbidades que requisitaram articulações profissionais devido,

principalmente, às limitações advindas da falta de regulação destes fluxos, sendo este mais um desafio à saúde de PTT.

Conforme relato da PAC, existe uma equipe de referência do atendimento de pessoas LBT formada por assistentes sociais, psicólogas e ginecologistas, além das(os/es) especialistas que são acionadas(os/es) conforme necessidade. A equipe de referência é responsável pelo acolhimento da demanda, além do acompanhamento, articulação para outras especialidades e pelas atividades pedagógicas. Esta equipe atende a população LBT, juntamente com outras demandas do Hospital.

E, aí, a equipe, ela é composta, inicialmente, por ginecologista né, assistente social, e eu né, psicóloga, então montou nós três. Então, depois, veio outra psicóloga, da tarde, depois, veio outra assistente social, e foi vindo outros profissionais, mas, na verdade, a equipe é formada por todos os especialistas, né, assim, tem o endócrino, tem o mastologista, tem o dermatologista, psiquiatra, psicólogo, assistente social, o dentista, então, assim, são várias especialidades. (...) Todos nós atendemos o público em geral, não atendemos só LBT, então ele também atende, né, o público em geral, todas as mulheres, inclusive os LBT. A mesma coisa, eu atendo todas as usuárias, a partir de 10 anos de idade, até 100 anos de idade, mais o LBT (PAC).

Não podemos deixar de reconhecer que a população usuária do ambulatório LBT tem um arsenal de possibilidades para o tratamento de suas demandas, vez que este serviço está estrategicamente posicionado na média e alta complexidades, o que tende a diminuir as barreiras para o acesso às respostas que se precisa. Por outro lado, a centralidade na atenção especializada pode continuar distanciando o território e, portanto, as dimensões da prevenção e da promoção de saúde, modalidades essenciais nos caminhos para a despatologização.

No caso da USF Brasilit, a PBC explicou que, em geral, o acompanhamento de PTT fica sob responsabilidade da médica, da enfermeira e da técnica de enfermagem, principalmente, em casos de acompanhamento obstétrico de meninos trans. Quando se trata, apenas, de hormonioterapia, fica a encargo da médica. É importante salientar que a parceria com a porteira, a recepcionista e a gerente da unidade para o direcionamento do fluxo, está fazendo toda a diferença no trabalho da equipe, no sentido de garantir um ambiente mais acolhedor.

Sou eu, a enfermeira, e a técnica de enfermagem quem acompanha. Nós temos uma gerente, na unidade, e temos a recepcionista; temos, também, dentista, temos a assistente de saúde bucal, e temos, também, uma outra equipe. São duas equipes de saúde da família na unidade, mas, quem tá diretamente com as pessoas trans é a equipe um, que é a minha equipe, certo? Os profissionais que estão envolvidos no atendimento são da recepção, então, a gente tem, inclusive, a nossa porteira, que faz essa recepção das pessoas trans, então, já direciona e diz pra falar na recepção. Quem recebe na recepção é a recepcionista ou a gerente da unidade, e o

atendimento é comigo, a enfermeira e com a técnica de enfermagem. Então, se tem uma necessidade de vacina, se tem um pré-natal, por exemplo, então a gente divide todos esses atendimentos. Quando é uma questão de acompanhamento hormonal, só por conta dos hormônios, aí, é mais comigo, mas, quando é acompanhamento, por exemplo, de pré natal de pessoas trans ou puericultura dos filhos de pessoas trans, a gente faz, normalmente, como fluxo normal da unidade, tá certo? (PBC)

Estar atenta aos espaços institucionais por onde circulam PTT é totalmente procedente quando tomamos em consideração o que a literatura tem encontrado sobre a questão do preconceito, latente ou explícito, no cotidiano dos serviços. Guaranha (2013) assevera que, apesar da constituição brasileira, onde se prevê, no capítulo da saúde, um acesso universal e igualitário, ainda perduram condutas discriminatórias em relação aos múltiplos marcadores de opressão social, consumando um acesso desigual ao SUS. Acrescente-se aí o fato de que a discriminação se configura em uma violência institucional que, por falta de tratamento, tende a ser naturalizada, justificando o afastamento destas pessoas dos serviços e dos planejamentos de saúde.

4.1.3 Grupos como modalidade assistencial

Sobre a realização de grupos, o PMC explicou que a equipe enfrenta muita resistência por parte da população. Contudo, a antiga psicóloga conseguiu estabelecer uma regularidade de encontros. A estratégia utilizada foi criar oportunidades intra e extramuros, com a participação ativa do grupo no planejamento de atividades lúdicas, a exemplo de rodas de conversas sobre temas coletivamente definidos, idas ao cinema, teatro, entre outros. O grupo descontinuou porque a profissional precisou afastar-se para uma atividade de pós-graduação. Espera-se reoxigenar a atividade com a recente incorporação de um psicólogo e uma assistente social na equipe nuclear.

Quando a gente tava com esses grupos, ainda, que foi, por exemplo, no dia em que a gente discutiu a respeito de um filme, aí, não foi aqui, mas foi no cinema. (...) Aí, a gente articulou, todo mundo teve suas entradas garantidas, e a gente foi pro cinema. No dia que a gente foi discutir, a gente viu que seria interessante fazer essa discussão no teatro, a gente foi pro Teatro do Parque, agendou o Teatro do Parque e foi todo mundo pra lá. Mas era muito bom, quando a gente tinha esses grupos, tipo assim, a gente foi pra o festival de cinema de Recife, que tem o Recifest, aí os grupos iam pra lá, se deslocavam pra lá, era um dia diferente, era uma forma de diálogo e cuidado diferente. (...) A gente sempre buscava nossos usuários pra estarem nessa construção, pra estar nos momentos de operacionalização, nos momentos de fala também; é importante que eles se sintam pertencentes daquilo; é outra coisa se sentir pertencente daqui: “faço parte”, isso faz parte da minha construção, também. (...) A gente tinha a outra psicóloga e ela fazia, ela tinha os grupos já bem organizados, mas,

nós precisamos mudar porque ela passou no doutorado e ela precisou se ausentar e, aí, chegou um novo psicólogo e a gente tá tendo grande dificuldade de adesão de um novo grupo. (...) A gente percebe mais adesão quando essas pessoas vêm pra pegar hormônio, pra pegar a PrEP, pra pegar alguma coisa, pra fazer uma coisa que chame mais atenção delas. Se for só pra vir, por exemplo, pro diálogo, elas ficam naquela de vir e não vem (PMC).

Apesar da resistência da população em participar dos espaços coletivos, como foi dito, há uma atividade pedagógica que o PMC considera exitosa. Trata-se do *Sextou da Saúde Sexual - Prevenção à AIDS e IST's*, onde fazem um atendimento individualizado, semanal, para discussão sobre estratégias de prevenção e redução de riscos, captando demanda para a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV/AIDS), com funcionamento na Policlínica, principalmente as(os/es) trabalhadoras(es) do sexo. A questão da PrEP é uma ação pedagógica consolidada, que tem operacionalizado outras demandas de saúde, para além da transição corporal.

Nós temos o SEXTOU DA SAÚDE SEXUAL. O sextou da saúde sexual é uma forma preventiva às IST's, que a gente tem nas sextas-feiras de manhã. A gente que faz, a equipe se junta, é demanda espontânea esse dia, a gente faz o gerenciamento de risco, faz uma prevenção combinada, a gente, tipo assim, a gente faz direcionada, aí, já é uma coisa mais focal, por exemplo, vou dar um exemplo específico: qual a minha prática sexual? Mas, se eu tenho, como é essa minha prática sexual? Então, a equipe se direciona a como que vai se fazer essa linha de cuidado para a prática sexual dele (PMC).

O interessante na atividade descrita é que toda a equipe multiprofissional participa, e que há uma metodologia onde a(o/e) usuária(o/e) funciona como principal elo da cadeia de cuidados, ou seja, é quem sinaliza o caminho a seguir. O processo não está dado, mas, vai se consolidando ao longo do atendimento, respeitando a singularidade de cada sujeita(o/e).

É uma coisa focada, individual, naquela coisa da pessoa, aí, gerencia-se o risco daquela pessoa. A gente promove as possibilidades que a gente tem. Por exemplo, eu atendi uma pessoa, um garoto de programa que ele não utilizava preservativo, e era garoto de programa, então, ele vivia em um risco iminente, sempre. Ainda bem que não adquiriu nenhuma doença. E ele disse que teve doenças anteriores, mas, assim, não adquiriu nenhuma doença, por exemplo, que não tinha cura; e, aí, hoje ele pega aqui com a gente, de quinze em quinze dias, uma caixa de preservativo feminino, porque foi a forma que ele adequou, de deixar uma coisa mais confortável pra ele, por mais que fique um pouco mais folgado, ele disse, mas, que promove uma barreira pra ele e ele poder se utilizar dessa barreira quando for fazer o ato. Hoje, também, ele é uma pessoa nossa que faz PrEP (PMC).

O *Sextou da Saúde Sexual*, ao considerar a(o/e) usuária(o/e) como a(o/e) principal agente da intervenção, nos diz da compreensão da equipe sobre a premência de se valorizar as singularidades destes corpos, que não encontram assento nos protocolos e fluxos da saúde pública. Conduta convergente com os achados de Nascimento, Sousa e Barros (2018) ao

encontrarem na literatura pesquisada a recomendação de que as(os/es) profissionais precisam considerar as vulnerabilidades que podem condicionar adoecimentos, ocasionados por processos de discriminação que afastam a população dos serviços. Mas, mesmo diante do êxito da atividade, e da sensibilidade da equipe, a adesão aos grupos tem sido, de fato, o elemento mais desafiador para a efetividade das ações de promoção e prevenção em saúde.

É uma demanda espontânea, que não é com as mesmas pessoas, não é um grupo fechado, não é um grupo formal, a gente tinha uma demanda que a gente era, tipo, uma roda de diálogo, onde a gente trazia sempre temáticas referente ao cuidado e temáticas do segmento, e a gente sempre discutia o dia e discutia o que seria a temática da próxima semana, e aí, isso passou por um tempo, depois a adesão foi diminuindo, ainda com a psicóloga, aí, ela começou a fazer mensal, todo mês ela fazia um, aí, assim, antes dela sair, já tinha uns dois meses que já não tava com essa constância mesmo, tavam vindo poucas pessoas (PMC).

Em meio às dificuldades de adesão aos grupos, a equipe vai promovendo algumas rodas de diálogo sobre variados temas, que podem proceder da equipe técnica, ou da própria população. Um tema bastante requisitado pela população, segundo o PMC é a religião o que, a princípio, nos deixou bastante indagadas(os/es), muito embora, este tema também seja recorrente nos requisitos da população usuária do Espaço Trans/UFPE. O PMC explicou que esta população, devido aos sucessivos processos de violações de ordem pública e privada, acaba encontrando na religião um sustentáculo para o seu processo existencial:

Pra tu ter noção, sabe de uma besteira que, direto, eu escuto aqui, "eu fui nascida e criada dentro da igreja, hoje sou uma mulher transexual, ninguém me admite dentro da minha igreja e ninguém me chama enquanto ela, é sempre, o tempo todo, me tratando no gênero masculino, e eu fui excluída da minha igreja, então, hoje, eu tenho problema que é voltar essa vinculação com a minha fé". (...) Eu tô articulando com uma pastora de uma igreja inclusiva pra poder ela vir fazer, aqui, uma palestra, uma formação, porque as pessoas estão me trazendo muito essa demanda, de que está traumatizada com sua fé por causa dos outros, porque elas foram excluídas desses locais. (...) Sempre cultuaram sua fé, eles dizem: "eu sempre ajudei na igreja, eu sempre fui desde pequenininho ou pequenininha, sempre dentro da igreja, sempre participei de todas as pastorais, num sei o que é agora, quando comecei a exprimir a sexualidade, as pessoas me colocaram pra fora da igreja". Mas, aí, elas pontuam que o problema é uma pessoa X, mas que não é, é o próprio local, ele tem uma política de que não existem pessoas com aquele perfil dentro daqueles espaços. (...) Mexe com saúde mental de uma forma que você não tem noção, eu não tinha noção de como mexe com a saúde mental das pessoas (...) tem umas que foram nascidas e criadas, nasceram ali dentro daquele espaço; que o pastor é o padrinho, veja! (...) Você aprendeu culturalmente, você tem uma crença, tem uma religiosidade, tem uma espiritualidade, sua espiritualidade tem alguma força (...) precisa ir pra uma igreja, precisa passar por um culto, que o culto tem vários processos, vários momentos, as pessoas sentem a necessidade disso. E quem sou eu pra julgar? (...) eu não posso jamais dizer alguma coisa, porque as pessoas vão ficar com raiva de mim, porque (...) elas viveram aquilo dali, foi uma história de vida delas (PMC).

É válido ressaltar que os requisitos da população para as religiões pentecostais podem ser justificados, em parte, pela extraordinária capacidade deste segmento religioso em se capilarizar, sobretudo, nas áreas periféricas, locais de predomínio de PTT. O PMC ressaltou que, apesar da dimensão conservadora que permeia as religiões em dias atuais, não podemos negligenciar a legitimidade desta demanda, o que leva a equipe a buscar as igrejas inclusivas e pedagogizar este debate no ambulatório e na própria Policlínica.

Sobre a realização de grupos, a PAC referiu que, junto com o serviço social, faz diálogos em salas de espera sobre variados temas e que, muitas vezes, decorrem atendimentos individuais complementares para abordagens pertinentes ao campo privado. Porém, esta atividade está restrita à área hospitalar. Na parte ambulatorial, a PAC disse que não está sendo possível devido, principalmente, à grande demanda dos atendimentos de rotina:

Fazemos sala de espera né, porque no ambulatório não dá, a demanda é tão grande que não dá pra gente trabalhar em grupo, né. Mas, a gente faz sala de espera, entendeu? A gente para um pouquinho e fala, a gente fala sobre.... Agora mesmo, eu e a assistente social participamos de uma formação de HIV/Aids, a primeira formação da prefeitura do Recife, do HIV/Aids. Então, assim, a gente tá sempre integrada, sempre estudando e repassando para os funcionários e repassando para a nossa população, entendeu? (...) E até nessa sala de espera, também, né, eu trabalho com a mãe, aí, às vezes, o paciente traz a mãe para que eu possa conversar com a mãe a respeito da aceitação, que é muito difícil, né, a questão de você ter uma filha mulher e, de repente, essa filha começa uma transição, e, daí a pouco, tá um homem forte, barbudo e, cadê aquela menina, né? Cadê aquela menina que você sonhou, que você pensou, que você amou e, de repente, aquela menina some do ambiente e se torna um homem. Então, também é difícil, é um luto que precisa ser trabalhado, em ambos né, um luto que você morre um pouco, também, como mulher, na essência, e nasce o homem que você sempre foi, e vice e versa. E pra aquela mãe que sonhou tanto, que a gente escuta, muito né "Ah, minha mãe comprava roupa rosa, minha mãe queria que eu fizesse ballet" e de repente você encontra um homem, né? Hoje é Paulo, amanhã é Juliana né; hoje é Fabiola, amanhã é João. Então, como lidar com esse luto, então, muitas vezes, a gente chama a mãe, conversa, é um trabalho bem difícil né (PAC).

As atividades de sala de espera, conforme descrito, são ações muito valorosas para tensionar o ciclo curativo da saúde, principalmente, num hospital cujo foco está centrado no tratamento de doenças. Ainda mais valioso é o fato de se estar trabalhando com uma população que continua invisibilizada na política de saúde. Embora estas ações raramente contem com a logística necessária, não deixam de ser estratégias importantes na ampliação do conceito de saúde. A escuta individual, decorrente do grupo, é mais uma modalidade de grande importância, sobretudo, por envolver a família, outro agente ativo do cuidado em saúde. A PAC explicou que estas atividades também contam com a parceria de representantes

da gestão municipal e que, também, se utilizam de datas alusivas para promover discussões e fazer distribuição de material educativo:

A gente tem parcerias, vem o pessoal da prefeitura, vem o pessoal da coordenação IST, né (...) eles sempre vêm encontrar com a gente aqui, sempre se reúne aqui, traz material, entendeu? A gente faz pro público do hospital, pros funcionários. O último que a gente fez foi a respeito de LGBTQIA+ né, a sigla, a questão das leis. Agora é dezembro né, vermelho, aí, vamos falar sobre Aids. Aí, tem a questão do suicídio, setembro amarelo, vamos trabalhar setembro amarelo, né. A questão da laqueadura, que a assistente social sempre faz semanal. (...) Uma vez no mês é feito as salas de espera, pela questão dos temas que tão trazendo: câncer de pele, violência contra a mulher, né. (...) É quando temos a oportunidade porque, realmente, a demanda é muito grande. Mas, a gente não deixa de fazer, de orientar e de ficar aberto, mesmo. (...) Então, assim, sempre a gente tá em parceria com a prefeitura, com a secretaria de saúde da prefeitura, do Estado (PAC).

Embora os espaços de diálogo nos serviços de saúde não tenham a mesma importância das ações reabilitadoras, é preciso destacar as iniciativas que promovem ocasiões oportunas para se refletir sobre a saúde, na perspectiva do SUS. Paim (1993), discutindo o processo de reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, diz que é possível se fortalecer o poder local, desde que estas práticas estejam imbuídas de ideais democráticos nas relações de convivência política. Não podemos nos abster da ideia de que vivemos numa sociedade atravessada por contradições, onde a reflexão representa um dos dispositivos essenciais ao seu enfrentamento.

Não foi mencionada pela PBC nenhuma atividade de grupo realizada com PTT na sua unidade, porém, reiteramos a importância dos esforços empreendidos pela equipe em buscar um ambiente acolhedor e resolutivo para estas demandas. Isso nos diz de uma compreensão de saúde atenta às especificidades desta população.

De maneira geral, as narrativas sobre os trabalhos com grupos reforçam a importância de democratizar os espaços de fala, no sentido de construir oportunidades pedagógicas para submeter ao debate as questões que transversalizam a saúde. Mendes (1993) nos diz que a adesão da população ao projeto de Reforma Sanitária e, portanto, à saúde em sua multideterminação, só será possível com a participação cidadã no controle destes serviços. E assevera que: “O Distrito Sanitário é, então, micro espaço social de luta ideológica” (Mendes, 1993, p. 95). Ideia semelhante pode ser encontrada em Kruger (2022), ao analisar os dez anos da PNSILGBT. Segundo ela, a participação social na gestão das políticas públicas é vital para a confluência do Estado com as demandas de saúde da população LGBTQIAP+. Significa dizer que para uma saúde atenta aos princípios do SUS, é vital que os serviços oportunizem a expressão das vozes que não têm encontrado lugar no modelo assistencial vigente. É imbuída

dessas ideias que afirmamos ser os grupos uma ferramenta indispensável para uma saúde integral e equânime.

4.1.4 A formação das equipes técnicas

Foi explicado pelo PMC que a condição de porta de entrada tem sido utilizada como estratégia de aproximação com o território, no sentido de promover uma discussão com as(os/es) profissionais da atenção básica, buscando preparar tecnicamente as equipes para fazer a contrarreferência da demanda:

A maioria chega por demanda espontânea; não é pelas unidades básicas não. (...) Hoje, a gente já anda fazendo matriciamento nas unidades básicas de saúde, onde a gente traz pras equipes a necessidade, tipo assim, a gente fazer formações a respeito da hormonioterapia; a gente faz formações a respeito dos acolhimentos, abordagens a esse público, mas, aí, quando essas pessoas da unidade básica ainda sentem alguma necessidade, elas encaminham pra gente; quando elas encaminham pra gente, a gente sana aquela dificuldade, faz o atendimento e retorna novamente pra unidade com orientações; caso tenha acontecido algum tipo de problema, e elas passarem direto, e já chegarem aqui, direto na unidade, elas são acompanhadas aqui, até a gente se sentir na segurança de tá retornando essas pessoas novamente, e depois de formar a equipe do território daquela pessoa, a gente encaminha, novamente, essa pessoa; faz essa contrarreferência pra ela, pra o território (PMC).

A busca de articulação com o território, além de fomentar a referência e contrarreferência enquanto parte do modelo assistencial do SUS, ajuda no processo de formação das equipes, a partir das discussões de casos surgidos no cotidiano de trabalho.

Aquilo necessitou de uma intervenção no CAPS, por exemplo, a gente fecha a agenda, naquele dia, no nosso serviço, e faz os reagendamentos, e os profissionais vão todos pra aquela intervenção no CAPS. Vai tudinho, todos que estão envolvidos, ou que tenha necessidade na demanda, vai pra aquele momento. (...) Principalmente, quando é uma situação de rotina, mesmo, e que aconteceu alguma coisa no atendimento, e tem necessidade da escuta de um médico, de um psicólogo, aí, como se fosse um estudo de caso, lá no local (PMC).

De acordo com a narrativa, é louvável a disponibilidade da equipe do Ambulatório Patrícia Gomes em se deslocar para outros serviços buscando sensibilizar a rede para um atendimento mais acolhedor e efetivo a esta população, favorecendo o trabalho intersetorial. O que não descarta a importância de um maior investimento da gestão municipal na formação continuada das suas equipes, tendo em vista as dificuldades apontadas sobre o acesso e permanência de PTT em alguns serviços da rede de saúde. Com relação à formação da equipe técnica deste ambulatório, há reuniões semanais como fonte de realimentação teórico-prática: “todas as quartas-feiras, em todas as semanas” (PMC).

As ações de sensibilização do corpo técnico ficam a encargo da equipe de referência do Ambulatório LBT, segundo a PAC, mais especificamente o serviço social e a psicologia, que fazem foco no respeito ao uso do nome social. Os serviços mais envolvidos são os administrativos e terceirizados.

Desde o início, nós capacitamos todos os profissionais que trabalham aqui, na forma de atender nossos pacientes, a gente exige. Você pode não aceitar, mas você tem que respeitar, né. Por vários fatores, você pode não aceitar o público LBT, mas, você tem que respeitar esse público. Então, nossa equipe, ela capacita desde a portaria, desde a recepção. (...) Eu e o serviço social fazíamos essa capacitação com todos os profissionais, de várias áreas, entendeu? Só recepção, só regulação, só os maqueiros, entendeu? Só pessoal da rouparia, né, médico também. Então, assim, sempre a forma como vai atender, a forma como vai chamar, é um direito, é lei, pelo nome social, entendeu? (...) Assim, não é porque eu trabalho aqui não, é porque foi um trabalho de formiguinha, assim, sabe? Então, a gente não aceita isso não, porque eu sempre coloco que você pode ter um parente, você pode ter um filho e, assim, eu quero ser tratada bem, então, eu vou tratar o outro bem, como eu gostaria de ser tratada. Então, eu coloco muito isso, né, nas capacitações, de você se sentir à vontade, o quanto é difícil pra eles. Se, assim, aconteceu alguma coisa, outra, é porque alguns serviços aqui são terceirizados, não são do hospital. Mas, assim, a gente pega até o pessoal terceirizado pra capacitar. Uma vez ou outra, assim, pontual, aconteceu alguma coisa pelo nome social e, aí, a gente chama e conversa com aquela pessoa, não prejudica, porque ela, né, às vezes, faz, até por ignorância mesmo, e a gente explica que é um direito, que é lei, que tem que ser respeitado (PAC).

Sem desconsiderar a importância da sensibilização com as(os/es) profissionais que fazem o atendimento direto à população, é válido adensar que as possibilidades de violações não estão restritas a elas(es), vez que a força de capilaridade do preconceito pode alcançar outras categorias, a exemplo do corpo técnico multiprofissional, daí a importância de se ampliar o raio de alcance das sensibilizações, buscando, sobretudo, não apenas alertar, mas, também, prevenir violações. No debate sobre educação em saúde, uma das questões a se considerar é que todas(os/es) as(os/es) profissionais são educadoras(os/es), do porteiro ao médico, daí a importância deste trabalho, pois, a depender da forma como a população seja tratada, ela poderá nem, sequer, adentrar o serviço.

Sobre a formação da equipe técnica de referência para o atendimento LBT, foi explicado pela PAC que não há reuniões periódicas. No entanto, as discussões acontecem, geralmente, a partir dos casos cotidianos. Nesse aspecto, há uma interação importante, onde a equipe se complementa na interpretação das problemáticas, no sentido de subsidiar uma intervenção mais integral de saúde

Não! Não temos reunião, mas, assim, todo dia a gente, né, ele tá aqui na quarta e na segunda, então, é o dia que a gente se encontra. Vamos supor, eu tô com alguma dificuldade com o paciente, e aí, eu tô percebendo que o

paciente usa drogas muito pesadas, químicas né, de laboratório, então, eu vou conversar com o ginecologista: "Oh, doutor, ele tá usando...", porque eles criam um vínculo comigo e me conta muitas coisas que, às vezes, não contam pro serviço social, não contam pra ginecologia, por questão de vergonha, por questão de achar que vai prejudicar o hormônio, então, pra psicóloga eu posso contar porque ela não é médica, né? E, aí, isso facilita. E, aí, é quando eu quebro o sigilo, propriamente dito, por questão da saúde deles, né, porque, aí eu digo: "Olhe, doutor, eles tão usando determinadas drogas, isso tá me preocupando. O que é que o senhor acha? Isso vai prejudicar? Na questão do hormônio, não vai?" (...) Então, assim, como é tudo pequenininho, aqui no ambulatório, o hospital é grande, mas, estamos um perto do outro, então, facilita (PAC).

A narrativa mostra como a formação de vínculos com as(os/es) usuárias(os/es) tem aumentado a capacidade de compreender e atuar na complexidade da demanda. Os momentos intimistas também têm a sua importância na revelação de aspectos que não encontram oportunidade em espaços coletivos, e que também podem estar subsidiando a intervenção de toda a equipe. Resguardadas as dimensões éticas, pressupõe-se que, para uma assistência mais integral, é importante que as equipes compartilhem informações sobre a história das(os/es) usuárias(os/es), como também, assegure os espaços privativos, suficientemente acolhedores, para que a população possa se expressar com segurança.

Foi explicado pela PBC que não há encontros sistemáticos da equipe técnica nesta unidade. No caso das(os/es) profissionais médicas(os/es) envolvidas(os/es) com o atendimento de PTT, a realimentação teórico-prática acontece a partir das dúvidas surgidas no cotidiano de trabalho:

Sobre os espaços de diálogos, troca de informações, discussões de caso entre profissionais que atende essa população, na verdade, não tem um espaço formal. Termina ficando um espaço mais informal, onde, por exemplo, se eu tenho uma dúvida, se o médico tem uma dúvida, ele liga pra mim, eu ligo pra ele, então, a gente, quando tem alguma dúvida, de algum paciente, de como encaminhar, a gente se liga, a gente faz essas discussões, mas, não tem algo que seja institucional; a gente não tem esse espaço. (...) Na unidade, a gente faz na reunião de equipe, então, é o espaço que a gente tem pra fazer troca, mas, por exemplo, quando a enfermeira atende, que vem conversar comigo, a gente faz esses momentos de discussão em relação às pessoas trans, mas não é algo sistemático (PBC).

É válido reforçar a importância das iniciativas profissionais que fazem do cotidiano espaços estratégicos para fortalecer a capacidade interventiva. Porém, é de igual relevância que estas oportunidades encontrem momentos mais sistemáticos envolvendo, inclusive, outros membros da equipe multiprofissional, igualmente desafiados a prestarem uma assistência às PTT atenta aos princípios do SUS. Em que pese a importância destas iniciativas, é válido ressaltar a necessidade de uma diretriz do município em relação ao seu modelo assistencial. O que nos leva a indagar sobre qual o modelo de atenção do município para a formação

das(os/es) suas(seus) trabalhadoras(es)? Os profissionais ficam à deriva, quando não há formalidade, questão imprescindível para romper com a informalidade na ação profissional.

Do ponto de vista das formações, possibilitadas pela gestão municipal, foi dito o seguinte:

Quando tem a necessidade da formação, se recebe formação. Veja, quando tava com outro coordenador LGBT, ele fez uma formação com algumas equipes de saúde da família e uma das equipes foi a da Brasilit, e essa foi a formação que a gente recebeu, naquele momento. A prefeitura fez um outro processo de formação, mais pra médico, pra poder fazer a prescrição de hormonioterapia. (...) Tem alguns cursos que são ofertados, e aí, o profissional vai e faz. Não tem algo, também, que é só pra pessoas trans, assim, de uma forma sistemática. Tem as ofertas de vários cursos e a gente vai fazendo os cursos, trabalhando, discutindo (PBC).

A gestão municipal também vai possibilitando cursos que podem estar direta ou indiretamente ligados à temática trans e travesti. Porém, de acordo com a narrativa abaixo, mesmo acessando alguma formação, a PBC destaca condutas preconceituosas por parte de algumas(uns) profissionais, o que tem facilitado a violação do direito à saúde destas pessoas, sugerindo um maior investimento para que se possa alinhar a assistência prestada aos princípios da PNSILGBT:

Olhe, pra mim, a maior dificuldade é o preconceito, porque eu já vi colegas dizendo que não estudou pra atender esse tipo de gente, então, eu não sei que tipo de gente eles atendem, porque, a gente foi formado pra atender todas as pessoas, a gente não atende ET's, então, eu acho esse tipo de fala muito absurda e a gente encontra bastante. Hoje, a gente tá com uma sensibilização muito maior dos profissionais, a gente tem pessoas respeitando o nome, então, coisas que são muito básicas, respeitar o nome da pessoa; e aí, eu vejo essa dificuldade que é, também, por questão de formação, então, eu vejo muito a questão da formação no nível superior, obviamente, a gente tá rompendo essas barreiras, mas, eu vejo, também, muito a gestão, sabe? A gestão da prefeitura sem um mecanismo de controle, de dizer, assim, pro outro: "não vai ser permitido que você viole o direito do outro, que tá lá na carta aos usuários, de ter seu nome social respeitado". Então, de você ter ainda certas situações provocadas pelo profissional de saúde. Quando você vai na literatura, você vê que o espaço do atendimento de saúde ainda é um espaço de violência, então, assim, a equipe de saúde, ela é tida como uma fonte de violência pras pessoas trans, então, a gente tem essa dificuldade, que, pra mim, é muito de você não ter o respeito, do preconceito, porque a formação, é aquela coisa, quando você quer fazer, você estuda e você faz, então, eu não vejo muito a questão de "ah, porque ninguém me formou pra prescrever hormônios". Ninguém formou ninguém pra prescrever e tá aí, médicos prescrevendo, eu prescrevo, em Camaragibe prescreve, lá em Olinda prescreve. Opa, a gente também não teve formação pra isso, mas, a gente estudou, então, essa formação, na verdade, não é só pra nível superior, mas pra o nível médio, nível técnico também (...) (PBC).

Discorrendo sobre a importância da formação no trabalho com PTT, a PBC reincide na ideia de que a falta de um conhecimento técnico que legitime o direito à saúde de PTT afasta,

sensivelmente, a prática profissional da concretude destas demandas, agravada por protocolos que não consideram as particularidades destes corpos. Porém, precisamos saber de que conhecimento estamos falando, pois, o conhecimento técnico esses profissionais já detêm, na medida em que todos os seres humanos possuem a dimensão biológica, mesmo os que querem mudar o gênero. A mudança reivindicada incide num gênero que já é biologicamente reconhecido. O que nos leva a refletir que a resistência às PTT diz muito mais do preconceito, do que, propriamente, da falta de conhecimento técnico. O que se precisa é de uma formação que dê conta da questão do preconceito na ação profissional. Vejamos o que a PBC encontrou de desafios no atendimento desta população:

Eu acho que, pra mim, no início, o que foi mais difícil foi fazer o pré-natal. A gente tem uma formação muito centrada na mulher, no corpo da mulher, então, não falar em leite materno foi um desafio, não discutir maternidade, fazer uma discussão muito mais ampliada de paternidade e maternidade, com uma outra representação, então, pra mim, esse foi um grande desafio que hoje, assim, eu tenho um pouco mais de tranquilidade; ainda cometo alguns erros, mas, tento, ao máximo, me policiar, por conta dessa formação. (...) A gente passou tanto tempo sendo dessa forma que, quando tem essa mudança, mesmo que eu seja uma pessoa super aberta, que já tenha esse trabalho, e tudo, às vezes, dá um bugzinho na minha mente. Mas, eu acho que o desafio, hoje, é muito de a gente expandir, da gente não ter a necessidade de ter um espaço exclusivo pras pessoas trans (PBC).

Novamente, aparece a importância da formação no atendimento de PTT, visto que, como foi mencionado, o desafio não se restringe àquelas(es) que deslegitimam a diversidade, mas, é extensivo às(aos) que se dispõem a repensar as suas práticas, e que demandam novos conhecimentos, pois, a força das normativas tendem a interditar quaisquer novas possibilidades no cuidado voltado a esta população. Murta (2022), refletindo sobre a garantia do direito à saúde da população LGBTQIAP+, sinaliza que, para se efetivar a equidade e a integralidade no SUS, é preciso rever a matriz normativa que norteia as políticas e processos de cuidado. Isso reforça a importância da formação das(os/es) operadores da assistência. Murta (2022) assevera que a cis-heteronormatividade e a LGBTIfobia funcionam como uma espécie de consenso latente, impedindo as(os/es) profissionais de se aperceberem na reprodução das iniquidades enfrentadas por esta população.

Pelas reflexões esboçadas, destacamos a importância do esforço político-pedagógico das equipes técnicas em se confrontar como reprodutoras de preconceito, como também, na ação profissional cotidiana. Ademais, o foco nas buscas por adequações corporais não subtrai outras demandas de saúde, que deverão estar sendo identificadas e legitimadas no cotidiano da assistência. A disponibilidade em recepcionar novas demandas é decisiva para que PTT estejam representadas em suas necessidades de saúde.

4.1.5 Aprendizados no cotidiano de trabalho

Falando sobre a apreensão de novos significados, na prática profissional, o PMC reforça a importância de se compreender as(os/es) usuárias(os/es) em seus contextos de vida. Por isso, o saber escutar é essencial para capturar estas singularidades e poder correlacioná-las com os marcadores sociais que lhes atravessam:

A gente vai percebendo a necessidade que as pessoas têm de serem escutadas, que, por muitas vezes, é nessa escuta que a gente consegue, de fato, entender, e a gente poder reparar ou iniciar esse processo porque é muito complicado; às vezes, pelo comportamento desse segmento, principalmente pessoas trans, pelos comportamentos, a sociedade, ela meio que coloca barreiras na frente das falas dessas pessoas, tipo assim, eu escutei muito: "mas, aquelas pessoas são muito espevitadas, gosta de gritaria, de dar bale, gosta disso, daquilo, num sei o quê". Ninguém nunca parou pra pensar, tipo assim, se o que fez essas pessoas estarem nesse processo, nesse momento, assim, quais foram as violências que essas pessoas sofreram (...) ninguém sai da sua zona de conforto pra querer entender esse segmento. (...) Estão calejadas de negação, negação de todas as formas, desde as desavenças mais mínimas, até aquelas que derramam sangue (...) (PMC).

Esta narrativa evidencia a importância de estarmos abertas(os/es) para apreender as vocalizações bradadas por aquelas(es) que não têm sido alcançadas(os/es) pela ação do Estado, mas que têm reivindicado o seu lugar na cena pública. Porém, para serem apreendidas(os/es), estas vocalizações dependem de novas formas de conceber e atuar na assistência prestada. Guaranha (2013) afirma que a desigualdade no acesso à saúde significa violação ao direito de se manter sadio. Palhano e Tenório (2021) aprofundam a complexidade desta violação, discorrendo sobre a árdua luta do movimento das transmasculinidades por políticas públicas cidadãs. São vozes que denunciam a desresponsabilização público-estatal, respaldando a ideia de que a materialidade da assistência pode ser uma grande aliada nessa trajetória.

A narrativa abaixo, com foco no trabalho cotidiano da PAC, traz a ideia de uma trajetória profissional que vem sendo marcada por novos aprendizados, novas possibilidades, sendo este, inclusive, um meio estratégico para se repensar a fixidez das nossas compreensões, que também precisam ser impactadas, para nos informar que a realidade não está dada, mas, que se reconstrói a cada momento, e que precisa se renovar para permitir um mundo equitativamente mais justo:

É... essa população também, eu sou apaixonada, né, pelo LBT. Não é uma coisa que eu cheguei aqui e foi imposta. Eu fui convidada e, assim, é uma área que eu já vinha, eu já trabalhava desde 2002, e que eu gosto, né. Quando eu trabalhei lá no presídio de Caruaru, o nosso diretor era um

médico e as mulheres, as travestis, se vestiam, né, se travestiam pra poder trabalhar dentro do presídio e, aí, ele era muito condenado por isso, ele era muito criticado e ele era, até, assim, chamado de diretor comédia, porque, eram várias mulheres travestis trabalhando dentro do presídio e, assim, a população era extremamente machista, não permitia aquilo e, assim, eu achava aquilo incrível, ele fazer aquele trabalho, o quanto isso dá dignidade, dá amor-próprio, faz com que a pessoa tenha, assim, prazer naquilo que ela tá fazendo, né, acreditar que realmente existem pessoas que podem mudar o mundo, né! (...) E em alguns presídios se pegavam as mulheres trans e travestis e raspavam a cabeça e maltratavam. (...) E o nosso papel é lutar contra isso dentro dos presídios, né, porque, no presídio, tem toda uma equipe multidisciplinar, também, que protege os presos, assim: "Ah, mas é preso". (...) Porque, assim, se você ver a nossa luta, né, na diversidade, a luta de quantas travestis, quantas mulheres trans, quantos gays morreram pra que hoje esses meninos novinhos possam se vestir, possam ter um empoderamento, possa se colocar, possa participar de uma entrevista com você. Então, é muito bonito isso, né, eu acho muito gratificante toda essa luta, quantas já morreram pra que esses meninos possam nascer e usufruir dessa luta que continua, infelizmente. Então, eu aprendo isso a cada dia, quando eu vejo elas dando uma entrevista e como elas se colocam, e as reflexões que elas fazem. (...) Então, assim, a cada dia, eu aprendo com eles, assim, é um trabalho de muito aprendizado, muitas trocas. É muito lindo (PAC).

No discurso acima é possível perceber que o preconceito não está restrito às PTT, mas que também pode alcançar aquelas(es) que na atividade profissional legitimam a diversidade. Isso é só mais um reflexo do que acontece na sociedade, quando o preconceito é consensuado como uma forma de agressão, o que reafirma a cultura machista e patriarcal da sociedade brasileira. A formação é, sem dúvida, uma estratégia de luta, mas, não é possível fechar os olhos para a estreita relação entre preconceito e cultura machista. Daí a importância das ações sistemáticas de formação continuada nos ambientes institucionais, no sentido de tensionar a lógica estigmatizante, compulsoriamente atribuída às(aos) que subvertem a ordem dos corpos. Bento e Pelúcio (2012) chamam atenção para a ideia de que a patologização se perpetua no fazer saúde exatamente por conseguir interditar aquelas(es) que, em suas vivências, tentam agregar ao gênero, a sexualidade e ao corpo, novos significados. Mesmo sob desafios, o tensionamento ao *status quo* ainda representa o caminho mais sintônico com a PNSILGBT.

Foi a partir de uma perspectiva ampliada de saúde que a PBC, no trabalho com PTT, conseguiu perceber singularidades que ultrapassaram as inteligibilidades dos protocolos de saúde.

Eu acho que, pra mim, o mais fundamental do aprendizado foi a questão de, realmente, ter uma medicina acolhedora, uma medicina que não faz discriminação, que não vê cor; não vê raça; não vê credo, igual como a gente faz no juramento, da gente poder fazer esse acolhimento, muito mais, pensando no bem-estar da pessoa, do que pensar se ela tem um relacionamento com A, com B, ou se ela se veste assim ou assado; desse julgamento, que a gente termina levando pra dentro do consultório e eu

aprendi muito no lidar com essa população. Eu acho que eu tinha uma ideia quando comecei o atendimento de pessoas trans, que as pessoas trans queriam revolucionar, que elas queriam transformar essa ideia binária que a gente tinha de gênero, mas, conforme foi passando o tempo, eu fui conversando com mais pessoas, elas só querem existir, então, elas não querem exatamente, serem militantes o tempo todo, elas não querem que o corpo delas seja político o tempo todo, mas, elas querem ter o direito de sair na rua sem ser chacoteada, de ir no supermercado, sem ficar recebendo olhares. Então, são coisas que tá dentro dessa normativa de sociedade, a gente não sente, e aí, a gente começa a se sensibilizar com esse olhar do outro, dele dizer (...) eu me lembro muito de uma paciente que era de lá, do Espaço Trans, que ela dizia: "poxa, você quando vai no supermercado, as pessoas olham pra você de lado" eu disse "Não!" Ela disse: "Pois é! É isso que eu quero, eu quero ir no supermercado e as pessoas não ficarem me julgando". Então, são coisas do dia a dia, simples. Tem uma paciente que dizia, assim, que queria fazer a cirurgia pra poder usar o biquini e eu olhei assim, mas, "que absurdo, não"? ela quer poder ser livre, sem tá sentindo dor, sem tá sentindo incômodo, porque, tem que se esconder, então, poxa, isso parece nada pra gente, que pode usar a roupa que a gente quer usar, mas pras pessoas que tem que se esconder ou esconder o que elas são pra poder viver na sociedade, isso, realmente é tudo; é poder botar um biquini sem poder se preocupar, é tudo pra pessoa, então, eu acho que esses aprendizados, eles foram muitos fundamentais para eu me construir como médica, nessa perspectiva da medicina de família e comunidade (PBC).

Ao falar das inovações que vão sendo agregadas ao seu trabalho, a PBC está dizendo que houve uma mudança na sua visão de mundo. Ela está olhando a humanidade da(o/e) usuária(o/e) e, com isso, nos dizendo como foi importante para a transformação do atendimento. Com esta fala, nos traz mais uma evidência do quanto os corpos trans e travestis podem inaugurar novas formas de conceber e atuar com o humano. Na narrativa abaixo, ela traz o exemplo de um homem trans acompanhado no pré-natal. Trata-se da inexistência, na rede pública ou privada, de um exame de detecção da dosagem de hormônios no leite humano, possibilidade exclusiva de mulheres cisgêneras. A sua falta acarretou na necessidade de desmamar a criança, o que poderia ter sido evitado se o sistema considerasse esta demanda como legítima e passível de resposta do poder público. Do mesmo modo, a translactação e/ou amamentação compartilhada, enquanto tecnologia que inova as possibilidades com a amamentação, ao mesmo tempo em que horizontaliza a relação entre as(os/es) cuidadoras(es) da criança.

Por exemplo, eu tive uma discussão sobre começar o hormônio masculino em homens trans que amamentavam, então, a gente conseguiu ver um artigo e foi, justamente, esse homem trans quem mandou pra mim: "lê, doutora, esse daqui oh! pra gente começar a fazer". Então, a gente começou a fazer os exames, tudo certinho, só que a gente não encontrou em Recife um local que a gente coletasse o leite e fizesse a dosagem de hormônio; a gente não encontrou, nem o SUS fazia, nem o privado fazia, aí, a gente conseguiu fazer um desmame; a criança foi começando a desmamar e a gente conseguiu já começar o hormônio e, na verdade, esse paciente já fez a mastectomia,

inclusive, então, já se resolveu, mas, traz esse tipo de novidade. A questão, por exemplo, das mulheres trans fazerem translação, e elas amamentarem seus filhos, fazerem essa divisão de amamentação com o pai, entre o pai e a mãe, então, isso, as divisões de trabalho foi a coisa mais maravilhosa que já vi na vida. Se eu soubesse disso, eu tinha botado no meu marido pra ele poder amamentar meu filho, também, então, foi, realmente, bastante importante (PBC).

Foi compreendendo a intrínseca relação entre saúde e diversidade que a PBC questionou a falta de aparato, de respostas institucionais às questões de saúde de PTT, desafios que se apresentam no cotidiano do atendimento, e que precisam ter visibilidade. Duarte e Paiva (2022), refletindo sobre os itinerários de pessoas trans pelo SUS no interior de Minas, toma das ideias de Merhy *et al.* (2014) para dizer que não é raro o distanciamento entre saberes e experiências desta população, assim como, protocolos e práticas dos operadores da assistência (Merhy *et al.*, 2014, *apud* Duarte; Paiva, 2022, p. 202).

É preciso encontrar as barreiras nos trânsitos desta população pelos serviços, para pleitearmos a efetivação do seu direito. Pensando na superação destas dificuldades, a PBC contrasta a realidade vivenciada, com a magnitude do SUS enquanto sistema integrador, de dimensão nacional e diretamente vinculado à ideia de justiça social:

Na verdade, eu acho que quando eu entrei na faculdade, eu sabia muito pouco o que era o SUS, eu sabia só que era vigilância, eu sabia que as vacinas vinham do SUS, mas, hoje, o que eu vejo em relação ao Sistema Único de Saúde, ele é o nosso, a nossa cobertura, é o melhor plano de saúde que a gente tem, é o plano que cobre todas as pessoas e que funciona com os princípios da equidade; a gente tem a questão da universalidade, então, você consegue pegar todas as pessoas, você consegue ver quem é, você trabalha com essa ideia da justiça social, então, quem precisa mais, a ser atendido primeiro, então, quem tem mais necessidade, e você consegue criar uma rede e, a partir dessa rede, a gente consegue hierarquizar. Então, eu consigo identificar o que é da esfera municipal, eu consigo identificar o que é da esfera estadual e federal e, dentro dessas esferas, desses fluxos, eu acho que só tá faltando funcionar melhor os sistemas de referência e contrarreferência, que a gente tem muito pouco, a gente tem uma dificuldade muito grande de saber que o outro, o outro serviço tá fazendo, então, por exemplo, o paciente é atendido lá no Ambulatório LGBT, eles atendem ainda com papel, enquanto eu, na unidade, tenho prontuário eletrônico, então, eu não consigo ver o que eles estão fazendo. Então, essas questões ainda precisam de um ajuste mais fino, mas o Sistema Único de Saúde, ele oferta tudo. Então, eu tava vendo agora que tem uma medicação super cara pra o tratamento das distrofias em bebês que já nascem com essas distrofias, vai ser ofertado pelo Sistema Único, então, é o único sistema que a gente conhece no mundo que tem certas ofertas, que pega todas as pessoas, o sistema de transplante; a gente tem um sistema de transplante completamente público, que você tem a força aérea organizada pra poder pegar os órgãos, você, também, tem os acordos junto às companhias aéreas pra isso, então, você tem uma grande articulação, dentro do nosso país, que é um país gigantesco, e que consegue se manter unificado. Se eu for pro Acre, eu consigo entender o que as pessoas falam lá,

se elas vierem pra cá, elas conseguem entender a gente. Então, qualquer lugar que a gente vá, a gente tem o sistema de saúde, também, como esse ponto integrador, então, eu acho muitas coisas sobre o SUS, mas, eu podia dizer que a gente tem um sistema que integra o país da gente (PBC).

É vital que as(os/es) profissionais reconheçam no SUS uma fertilidade transformadora, considerando a sua magnitude como política pública. Porém, como toda política, não deixa de ser atravessada por contradições, a exemplo da falta de efetividade dos sistemas de referência e contrarreferência, o que tem ocasionado o uso do “corpo a corpo” como solução primordial dos problemas institucionais.

4.1.6 Referência e contrarreferência

Ao falar das questões da referência e contrarreferência, o PMC reafirma a estratégia que tem utilizado de aproximação com a atenção básica para sensibilizar as equipes através da discussão de casos, e trabalhar o processo de contra referenciamento da demanda. Daí, pedi para que ele discorresse sobre a relação com o território. Foi explicado que, mesmo se tentando a devolutiva para a atenção básica, há uma resistência da população justificada, principalmente, pelo vínculo com o ambulatório, proporcionado pela lida da equipe com as especificidades destas demandas, além da preservação da confidencialidade, ameaçada pela proximidade da unidade de saúde com a vida comunitária.

Ainda, as pessoas têm dificuldades ou algumas travas até chegar na unidade básica de saúde, como por exemplo, a questão de sigilos, a questão do respeito, a questão do nome social, das pessoas conhecerem bem mais e muito mais no miudinho sobre elas, por elas fazerem parte dessa comunidade, e aí, toda essa dificuldade faz com que elas não tenham aquele local, muitas vezes, como referência, por todas as violações, preconceito e discriminação que acontece; faz com que elas, meio que burle esse espaço, que seria a porta de entrada, e tem como porta de entrada nosso ambulatório. Então, enxergando dessa forma, (...) a gente tem que fazer aquela parte inicial, como na unidade básica de saúde. Por isso, a gente tá capacitando os profissionais que são da atenção básica para estarem trabalhando essa média complexidade junto conosco, como forma estratégica, mesmo, de a gente poder propor esse cuidado à saúde (PMC).

O PMC adensa que foi a dificuldade apresentada pela população LGBTQIAP+ em circular nas unidades da atenção básica que remeteu a equipe do ambulatório LGBT Patrícia Gomes a um consequente foco do trabalho no movimento de referência e contrarreferência. Esse movimento pode acontecer, tanto no interior da Policlínica, na busca por outros atendimentos de saúde, como com a rede externa, a partir das discussões de caso *in locu*, ou, até mesmo, nas formações que, por vezes, são solicitadas pelas próprias equipes da atenção básica, em função da dificuldade em lidar com a demanda. O fato de estarem sediados em

uma Policlínica facilita, sobremaneira, o intercâmbio interno por respostas de saúde que extrapolam a hormonioterapia, além de possibilitar a circulação deste público no interior da Policlínica.

[...] mas, aí, a gente resolve aqui mesmo, a gente já enxerga dentro do nosso atendimento médico (...) como tava dizendo, a gente tem médicos aqui de família e comunidade, mas eles não têm aquele atendimento focal, a gente já os trouxe pra não ter aquele atendimento focado na especialidade. Vem aqui pro hormônio e pronto. Não! Vem aqui pro hormônio, mas vamos ver como está sua saúde bucal. (...) As coisas que a gente consegue articular aqui, a gente faz aqui, e as coisas que não, aí, a gente encaminha pro território (PMC).

Como se observa, algumas respostas do serviço são viabilizadas, principalmente, pelo olhar ampliado da equipe técnica que, identificando as demandas, articulam estrategicamente para as especialidades. O que vem a reforçar a importância da formação da equipe técnica com base nos princípios do SUS, sobretudo, das(os/es) médicas(os/es) de família. Merece destaque a importância da mudança da formação médica focada no consultório particular, para uma formação voltada para a política pública.

No caso da devolutiva para o território, foi perguntado se havia fluxos institucionalizados, a exemplo de sistemas de regulação capazes de efetivar a inserção, ou se esse retorno ficava a encargo exclusivo da população:

A gente não tem problemas em referenciar todos os encaminhamentos e referências, a gente faz tanto pras unidades de saúde, como pra outros serviços da rede. A gente não teve nenhum tipo de problema, quanto a essas referências, eles sempre acolhem o caso, principalmente as unidades básicas de saúde, que era uma coisa que era pra entrar por eles, então, eles têm esse entendimento de que, tipo, a gente tá fazendo o contra fluxo, mas que, aí, eles ficam felizes, ficam alegres de receber pessoas que vieram por aqui e que a gente pode encaminhar, e essa pessoa pode retornar ao serviço. (...) A dificuldade maior é na demanda desses serviços (...), tipo, a quantidade de vagas. Geralmente, tem que chegar muito cedo, numa sexta-feira ou numa segunda-feira, por exemplo, aí, tem gente que trabalha a noite toda na labuta e ainda tem que emendar com o horário pra poder pegar uma vaga (...) (PMC).

De acordo com a resposta do PMC, podemos dizer que, a despeito dos esforços empreendidos pela equipe do Ambulatório, as buscas por inserção na atenção básica, geralmente, ficam a encargo das(os/es) próprias(os/es) usuárias(os/es) quando contra referenciadas(os/es), ou das(os/es) profissionais aliadas(os/es) à causa LGBTQIAP+, acentuando-se o risco de esbarrarem num sistema que ainda não está devidamente preparado para lidar com as particularidades destas demandas. Na fala seguinte, podemos observar o esforço do PMC para credibilizar a volta para o território:

A gente faz um trabalho de que elas têm que voltar na unidade, não pra ser atendida, mas, passarem, pelo menos, pelo serviço de agendamento, pra

poder a gente tentar fazer com que essas pessoas comecem a retornar àquelas unidades, e comecem a perceber que não vão tá sendo violentadas. Se for violentada, deixa que eu registro, pra gente entrar em contato. Quando a gente manda essas pessoas pra fazer atendimento nas outras unidades, a gente, geralmente, entra em contato, mas, por exemplo, foi pro serviço no Clinope, no Senop, no negócio de olhos, que é um monte de gente, a gente agenda aqui e já vai direto pra lá, com agendamento. A gente sempre pede a garantia do nome social; é uma garantia do próprio SUS, é uma portaria do SUS, mas, a gente sempre pede que o que acontecer, a gente possa tá sabendo, pra poder a gente intervir, pra poder não acontecer uma próxima vez (PMC).

Estas narrativas tendenciam para a ideia de que a resistência das pessoas em serem contra referenciadas para o território, denota um forte indício de que essa dimensão do cuidado precisa ser reexaminada, no sentido de identificar os seus principais pontos nevralgicos.

Existe já uma quantidade de pessoas que são encaminhadas das unidades básicas de saúde, mas não é uma quantidade tão expressiva, entendeu? Geralmente, acontece muito da gente contra referenciar, tipo assim, e muitas dessas pessoas, também, elas terminam tomando isso aqui como referência, esse serviço como referência. (...) Não quer sair, não quer voltar pra unidade, aí, tem também, as atuações, porque vê que aqui tem todo esse aparato, de forma bem respeitosa: "não quero ir; como é que vai ser lá? Todo mundo vive criticando, como é o posto na minha comunidade?". Aí são falas das pessoas usuárias, aí, tipo assim: "como é que vai ser, nessa agonia toda de lá, vão terminar me violando, sempre cai pro mais fraco (...) deixa eu aqui mesmo, quero sair não, deixa eu ficar". Então, tem muito disso, entendeu? Termina ficando nesse processo, por isso, que a gente tá acompanhando tanta gente (PMC).

O PMC evidenciou em sua fala o risco às violações como um condicionante limitador do acesso das PTT à unidade local, que motiva a escolha em permanecer nos serviços especializados, a despeito da potencialidade da atenção primária na prevenção de agravos e promoção de saúde. Santos *et al.* (2022) destaca a importância desta modalidade de saúde, por ser a instância mais aproximada da população, facultando uma maior chance de se conciliar a assistência prestada com estas necessidades.

Sabemos que uma política pública não se consolida, apenas, com o aperfeiçoamento das suas ferramentas operacionais, ainda que sejam essenciais. As disputas econômicas, políticas, sociais e jurídicas que lhes atravessam requerem uma compreensão que não se resume à dimensão imediata. Ademais, não podemos reduzir as dificuldades do acesso de PTT à porta de entrada. Há que se considerar o fato de que o SUS, enquanto *lócus* de disputa societária, tensiona os interesses hegemônicos da ordem vigente, o que vem a justificar os históricos entraves à sua consolidação. Duarte e Paiva (2022), ao analisar as dificuldades de acesso à saúde de pessoas trans, a partir da narrativa das(os/es) usuárias(os/es), conseguem

evidenciar barreiras que vão desde o preconceito na rotina do cuidado, passando pela descontinuidade da assistência, até a fragilidade da própria política em assegurar uma saúde resolutiva. Os sistemas de referência e contrarreferência não poderiam ficar de fora. São debates que poderiam integrar os espaços pedagógicos na rotina dos serviços, pois, a compreensão da saúde como política contraditória faz parte da luta por um SUS efetivo.

Ao ser indagada sobre qual era a procedência da demanda do ambulatório LBT, a PAC explicou que a maior parte procedia do ambulatório LGBT Patrícia Gomes que encaminhava, principalmente, devido ao excesso de contingente, como também, pela necessidade de acesso às especialidades, como: exames complementares, psicoterapia, psiquiatria e ginecologia. É válido salientar que se tratam de especialidades que também tem na Policlínica Lessa de Andrade, porém, devido à superlotação, encaminham porque não conseguem abarcar toda a demanda. Em relação a outros referenciamentos para o Ambulatório LBT, merecem destaque: o Programa ATITUDE Recife, voltado para a Política de Drogas e Redução de Danos; a Casa de Acolhimento LGBTI+ Roberta Nascimento, que trabalha com abrigo; a Fundação de Atendimento Socioeducativo (Funase), que trabalha com adolescente/jovem sob medida socioeducativa de restrição e/ou privação de liberdade; e o público que vive em situação de rua e em uso de multidrogas. A maior parte desta demanda tem a ver com a transição de gênero.

[...] mas, assim, a gente atende o pessoal que vem, entendeu? Aí, ele vem acompanhado do técnico, né, socioeducativo, aí, faz o atendimento aqui, aí, às vezes, também faz a hormonização, entendeu? Então, assim, a gente tem esses vínculos com outras instituições (PAC).

Foi esclarecido pela PAC que esse é um tipo de público que tem muita dificuldade de adesão, e que só consegue se manter vinculado ao Ambulatório durante a permanência nas referidas instituições, desafiando bastante as condições da rede em garantir-lhes a continuidade da assistência à saúde. Considerando a rede interna do hospital, indaguei se haviam buscas por outras especialidades, fora das transformações corporais. A PAC pontuou que, apesar do foco na hormonioterapia, há procura por outras especialidades que podem dialogar, ou não, com as questões da transição corporal:

[...] mas, assim, aqui é como eu te disse né, ele não vem só atrás do hormônio; ele não fica só no hormônio, né, ele tem, no caso, psiquiatra, ele tem o psicólogo, ele tem o mastologista, ele tem o ginecologista, ele tem dermatologista, ele tem o neuro (...) (PAC).

Discorrendo sobre as dificuldades com a rede interna do hospital, a PAC fez menção à questão da regulação como condição exclusiva do agendamento das consultas de retorno, ficando esta responsabilidade por conta das(os/es) próprias(os/es) usuárias(os/es):

É, a questão é mais a regulação, que mais atrapalha, que demora um pouco, né? Que não é do hospital, é, em geral, né, a regulação, assim, um exemplo: o atendimento pro psiquiatra, aí, demora um pouquinho pra eles conseguirem, entendeu? (...) Porque, assim, entra por demanda espontânea, mas, psiquiatria tem que ser regulado. (...) Eles precisam passar pela regulação, né (...) Então, assim, e o psiquiatra é pra todos os usuários, a mesma coisa. O psicólogo é pra todos os usuários. No meu caso, eu deixo uma partezinha da minha agenda pra eles; eu deixo uma quantidade de vagas pro LBT, porque sempre tem, então, eu deixo um pouquinho de vagas pra eles, porque, senão, eles ficam sem vagas. Mas, assim, o psiquiatra, eles têm que esperar, 15, 20 dias, 1 mês. (...) Vai de acordo com as vagas ofertadas. É regulado. Aí, isso que dificulta né (...) (PAC).

Ainda, sobre as problemáticas com as marcações de retorno, a PAC deixa claro que a(o/e) usuária(o/e) não tem essa garantia, pois, no caso da volta para psiquiatria, nem sempre a disponibilidade da vaga combina com o tempo de renovação das receitas, impondo riscos de interrupção do tratamento:

[...] assim, não sai agendado pra uma próxima vez, não. Faz retorno após 3 meses, aí, você tem que remarcar esse retorno. "Oh, você volta daqui há 1 mês", aí eu já aviso logo, "oh, já vai tentando marcar com um mês". Porque, às vezes, o povo fica descansado. Tem que marcar, porque a demanda é muito grande. Aí, eles voltam pro psiquiatra, o psiquiatra passa a receita pra um mês. Aí, esse mês, quando tá próximo de um mês, "Oh, tá próximo de um mês, é bom já ir tentar remarcar, pra não ficar sem a receita". Então, sempre tô orientando, entendeu? Às vezes, eles param o medicamento. "Ah, e agora, o medicamento? Tô mal. Tô não sei o quê". E, assim, eu sempre oriento, sempre tô conversando, sempre tô explicando, que se parar o medicamento, é terrível, que todos aqueles sintomas vão voltar, muitas vezes, volta em dobro. Então, assim, a importância de ter uma coisa periódica, de fazer um tratamento correto porque, senão, é melhor nem tomar. Porque se você pegar um medicamento forte e ficar brincando; toma e para, dá pro vizinho, dá não sei o quê. Então, assim, eu explico pra eles a importância da medicação, do tratamento, na ajuda da ansiedade, da depressão, do borderline. Porque a gente tem vários pacientes, entendeu? Com borderline, com transtorno generalizado de ansiedade, com depressão moderada, depressão grave, suicídio, tem muito paciente suicida (PAC).

O relato sobre a dificuldade de se garantir um acompanhamento psiquiátrico regular sinaliza a escassez deste profissional na rede, implicando na necessidade de jogar para a regulação quem já está inserida(o/e) no serviço. O que vem a comprometer, tanto o acesso de novas(os/es) usuárias(os/es), como quem já está vinculada(o/e). Isso nos diz que a escassez de psiquiatras dificulta a regularidade de um tratamento que não pode sofrer interrupções, sob risco de agravamento, conforme descrito pela PAC.

Quando interpelada sobre a possibilidade de uma mediação com as(os/es) especialistas, caso a pessoa não possa esperar a consulta, já que os riscos de suicídio foram colocados na narrativa como possibilidade, foi dito o seguinte:

[...] Assim, às vezes, a gente fala com ele: "Ah, doutor, tal coisa, entendeu? Outra coisa, houve uma relação sexual de risco, chega pra mim: "Ah, eu tô

desesperado" aí, eu vou, falo ali, com a coordenadora, com a supervisora do ambulatório e, aí, a gente faz um teste rápido, entendeu, no paciente. (...) Porque, assim, sempre com LBT a gente dá esse diferencial, entendeu? Porque a gente sabe o quanto é difícil, né, ele chegar lá, no posto de saúde, aí, dá de cara com a vizinha, vai encontrar, não sei quem, e ele tá fazendo um teste de HIV, entendeu? E aí, a gente não sabe se, às vezes, um comentário, o que é que aquilo pode acontecer na vida dele, chegando até mesmo a um suicídio, porque a gente sabe que pode acontecer. Porque a pressão é tão grande, a vergonha é tão grande, né, o estigma do HIV/Aids, foi uma vida sendo colocada como a peste gay, então, imagina, né, o peso que é tirar esse estigma das costas. Então, assim, eles preferem vir aqui. "Ah, aconteceu isso e isso, eu tô com medo" "Não, vamos fazer um teste rápido", né, daqui um tempo tu volta, faz de novo, mas, eu vou levar você pro serviço social, a gente já pede um atendimento para o ginecologista (PAC).

O relato evidencia que a busca da PAC por outras(os/es) profissionais, a partir dos casos cotidianos, decorre do seu reconhecimento com relação às dificuldades que a população sinaliza para circular na atenção primária devido, principalmente, aos receios de sofrer condutas discriminatórias e aumentar o sofrimento psíquico. Isso faz com que o ambulatório LBT tenha que empreender um maior esforço nas respostas a estas demandas. Mas, mesmo considerando que este ambulatório tenha uma boa resolutividade nas respostas aos problemas de saúde de PTT, é fato que não conseguirá abarcar todas as demandas, especialmente, no tocante à atenção primária. Em não sendo a porta de entrada do sistema, indaguei sobre como se dava a devolutiva para a atenção básica. A PAC explicou o seguinte:

[...] Prá Atenção Básica? Não! Eles ficam aqui com a gente, né, assim, eles continuam com a gente, porque o hormônio é pra toda vida né. Olha, até hoje, assim, eles continuaram aqui. (...) Às vezes, assim, por exemplo, teve que resolver uma coisa no interior e ficou lá, entendeu? Aí, já é uma coisa que foge, né, mas eles avisam, eles sempre tão em contato, entendeu? Se necessário, volta de novo pra ser atendido. (...) Então, assim, ele vai ficando por aqui porque ele tem tudo, não é só o hormônio. Se fosse só o endócrino, mas, tem todas as especialidades, ainda tem os exames, ainda tem mamografia, ainda tem sala de espera, ainda tem, assim... várias outras coisas que ele possa usufruir, né. Mas, aí, o que é que eles mais reclamam da Atenção Básica? É realmente a questão do acolhimento, que é péssimo, que, é, assim, desrespeitoso, a exigência de chamar pelo nome de batismo, da vergonha que eles têm, né, assim, de tá lá e as pessoas olharem pra eles. Então, assim, o que eles mais reclamam é essa parte da atenção básica, e aí, é onde quebra né, porque aí, é como eu te disse, aqui é um hospital, então, eles poderiam ter tudo isso lá, próximo da sua casa, né, e aí, não gastaria a questão da passagem, tudo que a gente estudou e sabe né, da questão de tudo, da equidade, da questão de você ter o respeito, de tá ali, da dignidade. Infelizmente, é o que eles trazem pra gente, né, que não são respeitados (PAC).

A dificuldade com a inserção e permanência na atenção básica reaparece na experiência do público vinculado ao Ambulatório LBT, conforme relato, reeditando o afastamento desta população do direito de acessar o sistema de saúde em sua integralidade.

Ainda que a devolutiva para o território não conte com a adesão da população, em função das dificuldades experienciadas, é preciso que este fluxo seja repensado, uma vez que impacta no direito deste acesso. Guaranha (2013) traz que é o sistema de saúde, norteado pelo preconceito, quem diz implicitamente quem vai poder acessar e circular na rede, não cabendo à(ao/e) usuária(o/e) esta decisão, o que reforça a importância de se buscar os condicionantes deste distanciamento.

Tomando por base a vivência cotidiana do ambulatório LBT, a regulação interna apareceu no discurso da PAC como um dos maiores problemas nos trânsitos da população pelo hospital. Na narrativa abaixo, são realçados detalhes aos limites deste dispositivo, chamando atenção para a importância do reexame deste fluxo, no sentido de prevenir riscos à saúde e à vida:

É... a questão da regulação que demora, são essas coisas. "Oh, tá demorando, eu tô angustiado, meu remédio tá acabando". Isso me preocupa, entendeu? Porque, assim, você sabe (...) Aí, o remédio, né, você ficar uma semana, duas semanas sem, já altera um pouquinho. Fica muito difícil, infelizmente. Eu oriento assim, que ele vá no posto de saúde com a receita do médico daqui e peça pro médico, se ele tem condições de passar a mesma receita, porque são receitas leves, entendeu? (...) Aí, é assim que eu oriento: "Oh, infelizmente não dá, porque os médicos estão sobrecarregados, é muita gente, tenta no posto de saúde, leve a receita"; e, se for um caso muito grave, eu encaminho pra Tamarineira, né (...) (PCA).

Conforme dito, podemos inferir que, além da(o/e) usuária(o/e) não ter a garantia do agendamento de retorno, ainda tem que enfrentar as dificuldades de levar a demanda para a rede externa, que também tem as suas dificuldades, sobretudo, para concluir uma intervenção iniciada em outro serviço. Sem falar da já mencionada dificuldade em circular pela rede de saúde devido, principalmente, ao preconceito.

Na verdade, o hospital é uma maternidade né? Aí, o ambulatório, é que é geral, mas a maternidade, só é pra emergência. Então, aí, eu oriento assim, vá lá, "Mas doutora" [riso] "na Tamarineira?" "Não, mas é só uma emergência, é tranquilo, só vão medicar você, não se interna mais, pode ficar tranquilo, não sei o que" (PAC).

Ao que se observa, a dificuldade em circular na rede não se restringe à porta de entrada, o que, em parte, pode estar justificando a resistência em seguir a orientação para buscar outros serviços no município. Ao ser perguntada sobre a possibilidade do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) funcionar como referência, ou ser mediador desse intercâmbio, a PAC disse o seguinte:

O CAPS tem que fazer a triagem né, primeiro; e o CAPS são mais transtornos graves, entendeu? Transtornos, mas, assim, na órbita da esquizofrenia. Então, assim, nenhum médico, nenhum psiquiatra quer dar uma receita que nunca viu, então, no CAPS fica mais difícil. Já no Ulisses Pernambucano é mais fácil porque o médico tá ali, trabalha na questão da

emergência mesmo, né, da urgência, e, aí, vai atender aquela pessoa, vai avaliar aquela pessoa, e aí, vai dar o medicamento né (PAC).

Em não sendo o CAPS um agente deste fluxo é vital para as PTT que se crie uma referência, para a solução deste problema no próprio município, no sentido de evitar interrupções no tratamento. Diante da delicadeza apresentada acerca do perfil de saúde mental das(os/es) usuárias(os/es) vinculadas(os/es) ao Ambulatório LBT, retornei com a possibilidade sobre as possíveis “brechas” neste fluxo, para ajustá-lo às necessidades prementes, e a PAC explicou o seguinte:

Não, é tudo regulação. Não tem como agendar numa agendinha, entendeu? Porque a demanda é muita e depois da pandemia aumentou demais a demanda. Agora, eles não ficam 3, 4, 5 meses sem o médico não, entendeu? É rápido. Um exemplo é como eu te disse: volte daqui a 2 meses. Então, já abre o atendimento; eles já têm que tá em alerta porque, assim, eu, particularmente, não gosto de trabalho assistencialista. Ah, pego o paciente, vou lá na regulação: "Oh, regula", não! Eu não faço esse trabalho porque, ao invés de ajudar, eu vou tá prejudicando aquela pessoa né, eu acho que você tem que ter uma autonomia, tem que ter responsabilidade, por mais jovem que seja, né. Porque eu tenho paciente até com 10 anos, fazendo uso de medicamento, dependendo do caso, porque cada caso é um caso (...) (PAC).

Mesmo reconhecendo as dificuldades na operacionalidade dos serviços, não podemos deixar de pontuar que as particularidades vivenciadas no cotidiano da assistência precisam subsidiar o planejamento de novas possibilidades no cuidado, pois, os relatos da PAC mostraram que este público continua submetido a riscos de saúde. Nestas circunstâncias, pensamos que tensionar a operacionalidade destes fluxos é, sobretudo, reivindicar respostas para demandas que ainda não encontram lugar nestas rotinas. Oliveira e Duarte (2022), analisando a efetividade da PNSILGBT, traz que é preciso ampliar o debate sobre os cuidados em saúde da população LGBTQIAP+, no sentido de proporcionar conhecimentos que sejam capazes de reduzir as iniquidades de saúde desta população, questão extremamente procedente para a realidade de PTT.

Além do encaminhamento para as especialidades clínicas, a PAC explicou que o Ambulatório LBT também referencia vítimas de violência sexual, no tocante às mulheres trans e “meninos com útero” para o Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sony Santos, situado no mesmo complexo hospitalar e de abrangência Estadual. O atendimento às mulheres trans pelo Centro denota um reconhecimento de outras mulheridades como legítimas por parte do poder público, porém, suscita indagações quanto aos meninos. O útero como condição do acesso foi justificado pela possibilidade do aborto legal: “Mulheres trans, também, são alcançadas por esse atendimento, né, homens e mulheres, homens com útero e mulheres trans” (PAC). Sem deixar de reconhecer a importância deste avanço, a

exclusividade do útero para o atendimento de meninos trans acaba deixando desassistidas outras formas de violência, já que a rede pública não dispõe desse tipo de atendimento. Além do que, o foco no útero como condição da assistência acaba privilegiando a condição biológica como definidora do acesso, em detrimento de outros marcadores mais atentos com a afirmação destas masculinidades, podendo facilitar o afastamento destas pessoas.

Além do atendimento aos casos de violência, o ambulatório LBT também funciona como referência para as mulheres submetidas à cirurgia de vagina, a fim de assegurar-lhes o acompanhamento hormonioterápico. Perguntei se havia alguma mulher que tenha procedido do Espaço Trans/UFPE, já que é o único no norte e nordeste autorizado a fazer este procedimento. A PAC informou não existir nenhuma vinculação, até o presente momento, das 18 mulheres de Recife/PE que foram operadas no Espaço Trans/UFPE, até outubro de 2022. O que nos leva a indagar se estas mulheres estão sendo, de fato, alcançadas pelo território para que possam ser sensibilizadas sobre a importância da continuidade da terapia hormonal na prevenção de doenças crônicas, pertinentes ao período pós-cirúrgico.

A maioria que está aqui são meninos trans e meninas trans, certo, que não foram operadas. A gente tem pouquíssimas que foram operadas. Uma é a operada que tá com a outra psicóloga, que foi operada fora daqui, entendeu? Eu tenho uma que também foi operada fora daqui. Então, assim, estas não foram operadas no Hospital das Clínicas, e aí, a maioria que eu tenho de mulheres trans, que eu atendo, não são operadas. (...) Tem uma paciente, mesmo, que sonha muito com essa cirurgia. Tanto é, que ela tentou entrar no Hospital das Clínicas, foi lá, mas, tá na fila de espera. Então, assim, um homem trans tá numa fila de espera imensa pra fazer a cirurgia. Então, ele cansou, pediu pro pai pagar um plano de saúde e ele fez a cirurgia por conta própria. A maioria tá fazendo a cirurgia por conta própria, tá pagando plano de saúde e tão fazendo a cirurgia por conta própria, entendeu? (PAC).

O relato aponta indícios de que ainda não temos um sistema resolutivo de contrarreferência, o que faz com que as mulheres operadas acabem permanecendo em outros serviços como demanda aleatória, dificultando, sobremaneira, o necessário processo de monitoramento. Continuando o diálogo sobre os sistemas de encaminhamento, indaguei se eram recorrentes reivindicações por outros serviços não ofertados neste hospital:

Não! Dificilmente eles reivindicam. Eles falam muito a questão dos hormônios né, a questão de pegar a medicação, que nós não damos a medicação, mas eles têm o Lessa, que é um que eles gostam muito, também, do trabalho de lá, e a questão é mais a cirurgia mesmo, entendeu? Assim, é o sonho deles. (...) É! A grande demanda seria a cirurgia. A primeira coisa que eles perguntam é: "aqui faz a cirurgia?" "Não, não faz a cirurgia". Porque eu gosto de trabalhar, justamente, com a sinceridade né, porque eu já deixo o paciente sabendo que não vai ter a cirurgia, que aqui não tem o medicamento, então ele vai ficar se quiser. E o que é que tem aqui? Tem tudo, tudo que o hospital oferece dessa equipe multidisciplinar e tem essa

questão do tratamento hormonal, de ele ser avaliado, de ter toda essa equipe que vai trabalhar com ele, e aí, ele fica à vontade, se quiser ou não ficar conosco e também, fica à vontade, se quiser, ou não, fazer terapia comigo, ele não é obrigado. Porque terapia tem que ser uma coisa que você deseja, que você realmente esteja motivado, não adianta, porque antigamente você era obrigado a fazer terapia por 2 anos, hoje, você já não é mais, né. Então, assim, só que eles querem, a maioria quer fazer, então fica (PAC).

As problemáticas que vamos descobrindo ao longo dos discursos vai nos mostrando o quanto é imprescindível a ideia de que, como ser humano, esta população tem as mesmas necessidades de outros grupos por atendimento à saúde. E que não é só de tecnologias corporais que se fazem as agendas trans e travestis, evidenciando que as transformações corporais não encerram a totalidade destas demandas. É o que vem nos dizer Santos *et al.* (2022) ao explicarem que a implementação da Política do Processo Transexualizador, antes da PNSILGBT, foi forjada pelo Ministério Público sob o argumento de custear as cirurgias corporais buscando, com isso, despolitizar a perspectiva integral e equânime das agendas trans e travestis. São questões que sinalizam a ideia de que a Portaria do Processo Transexualizador, ainda que relevante, fala mais do lugar das direções patologizantes do cuidado do que, propriamente, das reivindicações de saúde de PTT.

Na Unidade de Saúde da Família Brasilit tivemos a oportunidade de constatar que, de fato, ainda não está institucionalizado o atendimento às PTT na atenção básica de Recife/PE, muito embora, o pioneirismo desta profissional, no tocante à assistência direta, como também, à preceptoria da Residência, esteja ampliando a oferta de serviços e de profissionais, favorecendo o direito à saúde destas pessoas na porta de entrada.

Como eu atendia, assim, era, tipo: "olha, venha tal dia", "eu atendo você no extra" ou "olha, esse dia eu não vou atender os pacientes, venha nesse dia". Então, às vezes, eu fechava a agenda pra atender só os pacientes trans, então, não tinha uma regularidade, eles entravam no fluxo que era dos pacientes, mesmo, eu olhava e fazia assim: "Olha, vou te marcar tal dia". Muitas vezes, eu tinha horários da tarde pra retornar, então, eles vinham nesses retornos, porque já eram pacientes que eu acompanhava, então, eu sempre colocava eles pra retorno (PBC).

O discurso sinaliza que a facilitação do acesso de PTT à USF Brasilit tem a ver com a disponibilidade da PBC em agregar esta demanda à rotina do seu atendimento. O que se confirma no relato abaixo, quando mostra que o atendimento às PTT, na atenção básica, está pulverizado em algumas unidades, onde as(os/es) profissionais foram sensibilizadas(os/es) durante a Residência Médica. O Ambulatório Patrícia Gomes e a Unidade de Saúde da Família do bairro do Santana são exemplos de unidades que implantaram este atendimento, devido à disponibilidade destas(es) profissionais:

Veja, atendendo, que a gente sabe, de referência, a gente tem as unidades que são de Residência Médica, então, unidades que são de ensino. A gente sabe que as unidades, por exemplo, a USF Maria Rita, a gente sabe que a Unidade do Morro da Conceição, a gente sabe que a Unidade Santana, a minha Unidade, a Unidade do Amauri de Medeiros, a gente tem as unidades que têm residente e que fazem, também, esse atendimento. Eu não sei dizer quantas pessoas, mas, eu sei que, em algumas unidades têm. Eu tenho pacientes que são de algumas unidades que têm médico, que é médico de família, e que fazem o atendimento; que tão sendo atendidos por uma pessoa, e que faz a solicitação de exames, que faz a renovação de prescrição. Então, a gente tem, mas, esses profissionais não são, necessariamente, a referência pra o atendimento, sabe? Então, de referência oficial, que a gente tem na prefeitura, temos três médicos: eu, e mais dois, mas, a gente tem os médicos, os colegas que foram formados, agora, pelo curso de hormonioterapia, então, foi feito esse curso, eu acho que tinham muitos residentes e tinham, também, preceptores, e eles fizeram curso e alguns já tão fazendo atendimentos e fazendo prescrição de hormônio, tudo certinho, e quando tem dúvida, pergunta a gente, que é a referência, pra poder fazer essa discussão (PBC).

O fato de haver profissionais que estão sendo sensibilizados para desbravar o atendimento às PTT na porta de entrada, representa um grande avanço, conforme trouxe a PBC. Porém, a falta de uma política que implemente este atendimento na rede municipal, continua colaborando com o histórico afastamento destas pessoas. Foi factual, nos discursos das(os/es) usuárias(os/es) entrevistadas(os/es), a dificuldade em acessar e permanecer na atenção básica, levando-as(os/es) a superlotar os serviços especializados. No discurso abaixo, podemos ver que o poder de resolutividade desta unidade diz respeito, muito mais, à sua dinâmica interna:

Os serviços que são prestados na unidade, além dos serviços iniciais, de atendimento, acolhimento, tem as consultas. A gente tem as consultas de enfermagem, as consultas médicas, vacinas, curativos e tem a equipe de odontologia que, também, faz esse serviço, e a gente, também, faz as pontes com a Atenção Secundária. Então, se chega um encaminhamento, a gente faz esse encaminhamento através do sistema de regulação, e nós temos, na unidade, também, coleta de exames, exames de sangue, exames de urina, faz também, a coleta de exame do escarro pra tuberculose, então, também faz na unidade (PBC).

Além da unidade atuar nas demandas que lhe são pertinentes, ainda consegue complexificar esta assistência, ao garantir o suporte pré-natal e de puericultura aos homens trans e seus descendentes. Podemos insinuar que, ao ouvir sobre a dinâmica de atendimento da USF Brasilit, estamos diante de um tipo de assistência diferenciada, no que se refere às PTT. Mas, mesmo diante de um serviço acolhedor, o discurso mostra que as PTT continuam sendo alcançadas por um sistema social violento, haja vista o quantitativo de 2 (duas) pessoas que atentaram contra as próprias vidas, num universo de 12 (doze) que se encontravam em acompanhamento regular.

Primeiro lugar, é o hormônio, é poder fazer as alterações, é poder ter uma adequação em relação à questão da identidade de gênero. Então, é realmente, o serviço mais procurado. O que eu tenho, também, de procura, são os pré-natais, então, eu tô finalizando o terceiro pré-natal de pessoa trans e tem, também, a puericultura das crianças que nasceram; a gente, também, tem as doenças, que são doenças crônicas. Eu tenho paciente com asma, tenho paciente hipertenso, eu tenho pacientes que tem algumas comorbidades, diabetes, dislipidemia, então, a gente faz esse acompanhamento; e o outro serviço, além das consultas, são as consultas de saúde mental; não tem tanto. Eu tive, até agora, eu tive um paciente. Não! Dois pacientes que tentaram suicídio. Eram dois, um era não binário e o outro era homem trans que foi, inclusive, lá do Espaço Trans, mas, agora, ele tá sendo acompanhado por mim, de novo, e tá bem mais tranquilo, sem nenhuma tentativa; a última pessoa que teve uma tentativa de suicídio, ela tá em reabilitação e tá bem (...) (PBC).

Diante das questões apresentadas sobre a saúde mental, indaguei sobre como estava se dando o acesso à psicologia. Foi esclarecido que esta demanda estava sendo referenciada para o Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, na Policlínica Lessa de Andrade. O fato é que, como já havia sido dito pelo PMC, a demanda do Patrícia estava sendo referenciada para o ambulatório LBT, no Hospital da Mulher, devido, principalmente, ao excesso de contingente. Para nós, fica um hiato quanto à efetividade deste acesso, mostrando o quanto é preciso que esteja garantido, considerando a sua extrema importância: *“Então, a referência da psicologia que a gente tem é do Lessa de Andrade, que é o que fica lá, no Ambulatório Patrícia Gomes, que eu acho que a pessoa que era de referência saiu de lá” (PBC).*

Outro serviço bastante requisitado na USF Brasilit, segundo a PBC, são as cirurgias de transição corporal, questão que também fica difícil de ser equacionada, uma vez que continuam centralizadas no Espaço Trans/UFPE, a única referência para o Norte e Nordeste. Quanto às outras demandas, fora da transformação corporal, há todo um empenho da equipe para se garantir o encaminhamento.

Na verdade, as questões dos encaminhamentos pras mudanças cirúrgicas, a gente só tem de referência o Espaço Trans e o Espaço Trans, praticamente, não tá absorvendo ninguém novo, então, tá uma dificuldade muito grande lá, e aí, eu acho que é o serviço que a gente não consegue resolver, a gente não tem como (...) Se a gente não tem na unidade, a gente encaminha, então, por exemplo, eu tinha um paciente, agora não, que ele se mudou, mas, ele ia pra parte de pneumologia; eu tô com paciente, agora, que a gente vai começar uma investigação neurológica, então, essas coisas a gente consegue (...) Na unidade, a gente consegue coletar exames laboratoriais, que eu preciso, eu coeto na unidade mesmo, entendeu? Então, assim, eu não tenho, exatamente, um serviço que seja procurado e que a gente não oferte, porque a demanda, quando ela chega pra gente, mesmo que seja pra gente fazer o encaminhamento, a maior parte desses encaminhamentos, a gente consegue; então, a gente precisa, por exemplo, encaminhar pra dermatologista, a gente consegue. Eu tinha um menino trans que fazia o uso do hormônio e ele estourava todo de espinha, então, tinha que controlar

essa oleosidade. A gente encaminhou pra dermatologia da prefeitura e ele fez o atendimento e tá seguindo o tratamento, então, não tem, as coisas que eles buscam; eu acho que talvez nunca chegou pra mim essa demanda, mas, se chegasse essa demanda, a de depilação a laser pras meninas, a gente não tem esse serviço no sistema de saúde da prefeitura, a gente não consegue. Isso é mais a nível de hospital universitário, então, eu tenho encaminhado pra o serviço de dermatologia do Hospital Oswaldo Cruz, que tem absorvido os pacientes que eu mando com essa demanda, então, assim, a gente não tem esse serviço, exatamente, na prefeitura, mas, na rede a gente consegue fazer essa oferta pro paciente (PBC).

Uma vez se vinculando à unidade, as demandas de saúde parecem ganhar mais chances de fluência, considerando o empenho da equipe em usar as ferramentas de intercâmbio que as unidades locais já dispõem. Já que o município tem sistemas de regulação, perguntei se os intercâmbios com a rede, para o encaminhamento às especialidades clínicas se davam, apenas, por este sistema operacional: *“Não! É regulado por mim, regulado, tipo: “oi, amiga, tudo bem? Vou te mandar um paciente. Assim (...) é o SUS amigo, eu digo que é a rede de afetos, a nossa rede de afetos”* (PBC). Mesmo diante do avanço do sistema de regulação, a resolutividade da saúde para PTT ainda demanda do esforço de quem opera a assistência. No entanto, podemos observar na narrativa abaixo, o quanto o sistema de regulação tem potencializado os intercâmbios necessários a uma assistência mais integral. O que acirra a importância de se trabalhar as equipes da atenção básica para um acolhimento mais humanizado:

Essa questão de como a rede tá organizada pra fazer o referenciamento da demanda interna e externa, então, a gente consegue pelo sistema de regulação da prefeitura fazer os encaminhamentos, então, se o paciente precisar de uma pequena cirurgia, por exemplo, tá com lipoma, tem que fazer a retirada, a gente consegue fazer isso pela rede, então, a gente tem muitos serviços ofertados pela rede. Agora, a gente não tem nada que seja assim “aí é específico pra pessoa trans”, não, porque a rede absorve todas as pessoas (...) não existe, realmente, uma organização de fluxo só pra pessoas trans, não, não tem! Isso, aí, realmente, não tem, mas, a gente consegue, por exemplo, acompanhamento no Hospital da Mulher, a gente tem esse fluxo (PBC).

Embora o “corpo a corpo” entre para suplantiar os obstáculos encontrados no acesso à rede, a PBC não deixa de realçar a importância do papel da atenção básica na garantia de uma saúde mais atendida com os princípios do SUS:

Que a Atenção Primária possa ser realmente Atenção Primária, de ter o atendimento integral, a longitudinalidade, fazer todo esse acompanhamento, fazer toda essa abordagem, trazer as famílias pra dentro da unidade. Então, eu acho que a competência cultural que eu acho fundamental, então, tem muitas palavras que as pessoas trans utilizam, que a gente não sabe, alguns dialetos que eles mesmos conversam entre eles, e a gente precisa aprender, então, a competência cultural, ela ajuda muito a gente nesse processo (PBC).

A PBC trouxe, na narrativa acima, aspectos cruciais para uma assistência integral e equânime, onde usuárias(os/es) e família, em suas múltiplas expressões, devem ser pensadas(os/es) como parte ativa do cotidiano da unidade. É uma compreensão que encontra respaldo nas ideias de Mendes (1993) quando traz o conceito de distritalização da saúde, a partir da perspectiva do movimento de reforma sanitária. Aliada ao ideário democrático da saúde, a concepção de distrito sanitário é pensada como “... processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (...)” (Mendes, 1993, p. 94). O que faz da prática concreta um elemento primordial na construção do modelo assistencial. A potência desta narrativa suscita para nós a importância de se adensar os questionamentos sobre o acesso na porta de entrada, no sentido de capacitar a rede para ir além das(os/es) profissionais atendidas(os/es) à causa LGBTQIAP+ que, mesmo importantes, não garantem a efetividade das prerrogativas previstas na PNSILGBT.

Retomando a fala sobre a potencialidade do sistema de regulação municipal, a PBC reafirma, no discurso abaixo, as facilidades dos encaminhamentos para a média e alta complexidades. Além disso, a existência de uma Coordenação Municipal LGBT também foi destacada como outro agente facilitador dos desafios cotidianos e da relação com a rede:

É, esse atendimento é regulado. A gente encaminha a primeira vez e, quando eles fazem o atendimento, ficam por lá mesmo, então, eles fazem marcação, e depois ficam. Então, na unidade de saúde é só o primeiro encaminhamento. Então, conseguem fazer citologia, conseguem fazer colposcopia pros meninos trans. No próprio Ambulatório Patrícia Gomes, eles conseguem fazer esses serviços, tem coleta de exames, também. Lá fazem os encaminhamentos, então, eles têm todo esse serviço, então, eu acho que a rede tem, sim, uma organização. A Coordenação LGBT, que é do município, tem sido bem atuante, tem uma assistente social à frente (...) maravilhosa, incrível, uma pessoa com muita sensibilidade, inclusive. Eu tive uma paciente que tava com dificuldade de fazer cadastro no CadÚnico, pra poder receber benefício, e ela ajudou, então, a gente faz o encaminhamento pros CRAS também, sabe? Eu tive um menino trans que tava gestante e esse paciente, a gente conseguiu colocar no Mãe Coruja (...) então, fazia o pré-natal, mostrou o CadÚnico e recebeu fralda, recebeu algumas coisas iniciais pra o bebê, produtos de limpeza, de higiene pessoal, então, essa parte das fraldas, algumas roupinhas, então, o Programa Mãe Coruja fez esse acompanhamento e foi bem legal, foi, também, pelo CRAS (PBC).

As narrativas indicam que a proximidade com uma coordenação LGBT atuante tem potencializado a articulação necessária para o atendimento de algumas demandas, inclusive, na operacionalidade dos sistemas de regulação municipal.

[...] porque foi a Coordenação LGBT com a gente, então, a gente consegue fazer essa parte dos sistemas e do serviço, que eu já tinha falado, mas, o serviço da gente referencia pra outros níveis de complexidade pelo sistema de regulação da prefeitura. Você vê lá quais são as ofertas de vaga, e você

coloca qual a necessidade e o sistema faz essa marcação, a partir do número de vagas que é ofertado. Alguns encaminhamentos são via médico regulador, então, a gente coloca a justificativa, o médico regulador libera essa vaga, mas a gente tem conseguido (PBC).

Os discursos mostram que há um trânsito mais efetivo desta equipe com as demandas de saúde de PTT, o que sugere que a aliança das(os/es) profissionais com a causa LGBTQIAP+ tem sido capaz de ultrapassar algumas barreiras institucionais e garantir o acesso que já deveria estar consolidado em toda a rede, pois, se pode ser realidade para esta unidade, por que não poderia ser para as outras? Sabemos que as problemáticas com a saúde não se restringem ao poder local. Observando as reflexões de Mendes (1993) sobre as políticas de saúde no Brasil, encontramos uma trajetória permeada por contradições advindas, principalmente, dos interesses econômicos privatistas, próprios de um ideário colidente com os princípios do SUS. Mas, é também dos conflitos que nascem os movimentos de resistência democrática, o que diz para nós do potencial das práticas sociais na reinvenção da realidade. As PTT têm sido um exemplo vivo desse movimento. Vejamos o que as(os/es) profissionais da rede de Recife/PE nos trazem sobre os desafios institucionais.

4.1.7 Desafios institucionais

Discorrendo sobre os desafios encontrados, a partir do trabalho cotidiano, o PMC destacou a falta de formalização dos serviços voltados à população LGBTQIAP+ que, em geral, ficam à mercê da vontade política das gestões públicas. Não apenas a referência e contra referência, mas, várias das modalidades de prestação da assistência, ainda, acontecem de maneira informal, o que tem facilitado possíveis entraves no percurso desta população pelos serviços de saúde:

A gente ainda tem uma estrutura muito frágil. São serviços que não são institucionalizados; também, é uma demanda de governo, não é um programa, e aí, tipo, quando a gente fala a nível de município, a gente ainda fala muito dessa fragilidade, tipo, assim, não ter esses espaços institucionalizados, por exemplo, se a gente agora tivesse um momento em que tivéssemos uma gestão que não fosse apta a essa política, eles poderiam simplesmente desorganizar o serviço e o serviço não existir mais porque não é institucionalizado, o que é uma fragilidade bem grande que a gente tem e que a gente vive aí na luta pra poder a gente conseguir avançar nesse processo; e, aí, como a gente tem toda essa fragilidade, a gente ainda não tem marcos assim, umas coisas muito organizadas documentalmente (...) A gente tem um protocolo a nível nacional da política, mas, a gente não tinha ninguém que botasse essa política em prática pra poder a gente ter como referência o andamento dessa política; a gente sabe que tá numa política que a cada dia ela vai tendo que ser lapidada pelas necessidades, as demandas; ela foi feita também, numa forma muito geral, mas, assim, o dia

a dia vai mostrando pra gente o diagnóstico de necessidades que a gente tem de lapidar, nessa política, cada dia, e isso faz com que a gente também termine não conseguindo deixar o protocolo muito consolidado (...) Dizer que vai ter um fluxo, botar isso dentro de um protocolo, não tem nada consolidado dessa forma, não existe um fundo financeiro que me garanta isso. Isso aí é uma gestão de governo, esse serviço é uma gestão de governo, então, as coisas são muito fragilizadas, ainda, nesse sentido (PMC).

No diálogo acima, o PMC ressalta a fragilidade da assistência às PTT, quando circunscrita a uma agenda governamental, condição que a deixa passível de descontinuidades e que repercute, sobremaneira, na qualidade do serviço prestado. Ideia reafirmada por Kruger (2022) ao refletir que a maioria das políticas voltadas à população LGBTQIAP+ procedem de Portarias e Decretos do Poder Executivo, podendo sofrer interdições, por não serem políticas estatais. Narrativas que chamam atenção para o fato de que a consolidação das políticas não se restringe ao poder executivo, mas, passa por disputas societárias que vão exigir empenho das lutas coletivas, em coalizão com outras lutas contra a opressão e a exploração social. Esta fala de fechamento do PMC só adensa o fato de que ainda temos muito para avançar e potencializar no cotidiano dos serviços. O diálogo não deixa de ser uma ótima estratégia.

A questão da regulação interna para as especialidades, no sentido de garantir as consultas de retorno foi, de fato, o maior desafio trazido pela PAC, a partir do seu trabalho cotidiano, uma vez que fica com as(os/es) próprias(os/es) usuárias(os/es) essa responsabilidade. É importante lembrar que a população LGBTQIAP+ entra no ambulatório LBT como demanda espontânea, considerando as presumidas dificuldades de acesso à rede, mas, na dinâmica interna, segue a rotina da regulação, algo que pode estar sendo mais observado pela gestão da política municipal.

Sem desconsiderar os avanços trazidos à saúde LGBTQIAP+, a partir do Programa Brasil sem Homofobia, a PBC não deixa de reconhecer como o preconceito tem interditado o acesso equitativo de PTT às políticas públicas, a exemplo da educação superior, o que tem observado na Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Universidade de Pernambuco (UPE):

Na verdade, a partir das discussões que foram feitas desde lá, de 2003, com Brasil contra a homofobia, que a gente vem nessa discussão, já trazendo os adoecimentos, a violência que causa toda essa questão do preconceito, da marginalização. Então, hoje, a gente tem conceitos que a gente já fala, assim: "Ah, a interseccionalidade, o estresse de minorias", então, a gente já vem com outras temáticas que ali, em 2003, a gente nem achava que podia chegar, então, eu acho que a gente avançou bastante, eu tenho essa certeza do avanço que a gente tem enquanto saúde, enquanto produtor de conhecimento, pensando enquanto unidade de saúde, enquanto universidade, que eu tenho essa interface com os dois espaços, e a gente tem um caminho ainda, pra avançar, ainda mais; não tem, por exemplo, uma

peessoa trans dentro da faculdade de medicina, ainda, na UPE. A gente tem alunos que são gays, a gente tem alunas lésbicas, a gente tem alunos bissexuais, mas, a gente não tem alunos trans. Então, porque essas pessoas não tão chegando aqui? Então, a gente tem que ver lá atrás, as saídas precoces, os abandonos da sala de aula, por conta de preconceito; não chega porque não tem condição de estudos, que não é dada a oportunidade, então, a gente tem, ainda, eu sei que tem pessoas trans se formando em medicina em outros locais (...) a gente tá tendo pessoas trans no privado. Eu tenho uma paciente que passou em medicina e tá no privado, mas, aqui no público, não, então, a gente, ainda, tem muito pra avançar enquanto sistema, enquanto sociedade, enquanto país (PBC).

A narrativa acima traz uma constatação de que não é só na saúde que as PTT têm dificuldades em transitar. A educação é outra política fundamental na efetivação desta cidadania, mas, que é negada pelas mesmas contradições que atravessam o acesso de PTT às políticas públicas. Outra questão destacada pela PBC, sobre os desafios institucionais, foram as dificuldades encontradas no exercício profissional, devido ao fato dos protocolos de saúde não incorporarem as singularidades destes corpos:

Você vê, por exemplo, a gente tem outras barreiras no próprio sistema de saúde, então, o homem trans, que é retificado, não consegue fazer uma ultrassom obstétrica, porque o sistema só reconhece quem é do sexo feminino, então, precisa ter essa reorganização do próprio sistema (PBC).

A PBC traz em seu discurso questões que são primordiais ao tensionamento à ordem biologicista da intervenção em saúde, sendo esta uma condição fundamental para provocarmos os deslocamentos necessários rumo à convergência entre práticas de saúde e demandas de PTT. Estas perspectivas sinalizam a ideia de que precisamos estar mais atentas(os/es) ao que precisa ser inaugurado nas tecnologias do cuidado, considerando as prerrogativas da PNSILGBT.

De maneira geral, os relatos das(os/es) operadoras(es) da assistência à saúde de PTT em Recife/PE nos deixam um alerta para a necessidade de se trabalhar continuamente a importância da atenção primária no direito à saúde, vez que as descrições em tela revelaram uma certa dificuldade de circulação destas pessoas nesta complexidade, embora não se possa descartar as demais. Unglert (1993), refletindo sobre a territorialização em sistemas de saúde, diz que para haver uma real mudança é preciso que a regionalização seja usada como recurso de compreensão da realidade, através de planejamentos locais, com participação efetiva da sociedade. E complementa: “... para isso, é imprescindível a apropriação do poder pelos atores sociais, pois só assim tais transformações terão legitimidade. E é no plano do espaço político-operativo que essa apropriação se processa”. (Unglert, 1993, p. 222). Vê-se nesta reflexão como a inserção territorial é decisiva para politizar o acesso e permanência nos serviços de saúde. Significa que o pertencimento territorial de PTT precisa ser reconhecido para que suas

demandas possam estar representadas numa saúde concebida como dinâmica de vida, em suas múltiplas expressões, e não apenas como presença ou ausência de adoecimento. Seguindo na ideia de discutir a saúde de PTT, a partir da sua materialidade, traremos, a seguir, o relato de usuárias(os/es) nos trânsitos pelos serviços de saúde de Recife/PE, localizando as suas problemáticas, como também, as potências advindas dos novos significados surgidos das experiências vivenciadas.

4.2 A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PTT NA VISÃO DAS(OS/ES) USUÁRIAS(OS/ES) DE RECIFE/PE

A escolha das(os/es) usuárias(os/es) atendidas(os/es) nos serviços de alta, média e baixa complexidades de Recife/PE, buscou ter uma visão mais representativa da funcionalidade da rede, sobretudo, na porta de entrada, local que não tem sido referenciado nos trânsitos desta população. É fato que chegar nas unidades locais representou, para a pesquisa, um grande desafio, na medida em que o atendimento às PTT, nesta complexidade, acontece de forma residual, e fruto da iniciativa das(os/es) profissionais sensíveis à causa LGBTQIAP+, e/ou que foram potencializados na formação da Residência em Medicina de Família e Comunidade. O que suscitou usar de manobras criativas para se conseguir chegar nas pessoas estratégicas à discussão pretendida. Contudo, os relatos foram obtidos, e aqui serão retratados, a partir dos desafios e potencialidades que atravessaram estes percursos pelos diferentes serviços da rede de Recife/PE.

4.2.1 Problemáticas e potências nos trânsitos de usuárias(os/es) pelos serviços de saúde de Recife/PE

Ao ser indagado sobre as buscas por serviços de saúde, o homem trans da média complexidade (HTMC) colocou a transição corporal como a principal demanda: “A principal procura foi, justamente, pra começar a transição. (...) Vai fazer três anos agora” (HTMC). Trata-se de um atendimento encontrado na atenção especializada. Porém, como a porta de entrada da saúde é a unidade local, indaguei sobre como estava se dando esta relação. O HTMC explicou que tem uma unidade de referência no seu território: “*tem, a daqui, de Setúbal*”, mas, que prefere ir direto para o ambulatório Patrícia Gomes: “*eu vou direto, no*

Patrícia” (HTMC). Ao falar do *Patrícia*, o usuário fez menção positiva ao fato de estar resolvendo as suas questões de saúde por lá, mas que mudou após o movimento de contra referenciamento para a atenção básica, recentemente adotado pelo município:

Assim, toda a demanda que eu era necessitado, eu conseguia marcar lá pelo Patrícia. Agora, que tá tendo essa demanda, de ter que tentar marcar aqui na USF, pra mim, fica um pouco complicado, por questão de horário, pra conseguir marcar aqui, por conta da minha filha. (...) Isso porque tem que chegar muito cedo (HTMC).

Na fala, o HTMC traz a dificuldade em conseguir agendamento na unidade local, visto que precisa chegar muito cedo e permanecer numa fila aguardando a abertura do serviço. O HTMC acrescentou que tem uma filha de 8 (oito) anos e não tem com quem deixá-la, pois, mora com uma mãe idosa e portadora de comorbidades, e a esposa reside em outro município. Na experiência do HTMC, a contrarreferência para a unidade local não está, de fato, facilitando a sua inserção, e deixando desassistidas algumas demandas de saúde:

Assim, ultimamente eu venho precisando de outros fatores, dos quais eu não tô conseguindo acesso, por tá precisando marcar aqui na USF. O Patrícia tá pedindo para marcar por aqui, na unidade. (...) Olhe, ultimamente eu tô precisando de psicólogo. Não tô conseguindo no Patrícia porque eles só tão com um. Então, assim, a demanda lá tá muito grande e aqui não tenho como vir marcar. Eu também tô precisando de fisioterapia. (...) Ninguém pode marcar por mim, tem que vir eu mesmo marcar aqui. Poderia vir minha mãe, mas ela não tem condição de vir, também, porque ela já é de idade e está doente. (...) Eu era acompanhado pela psiquiatra, no Patrícia, aí, tive que trocar pra um estagiário, justamente por isso, porque, pra ser atendido por ela, eu teria que marcar aqui, na unidade básica. (...) Mas lá, no Patrícia, dizem que é regra do sistema. Que só pode marcar, agora, se for através da USF. Aí, só pode, agora, ser atendido lá, se for com encaminhamento da unidade básica (...) (HTMC).

Diante das dificuldades esboçadas, o usuário diz que ficou desassistido das clínicas de fisioterapia e psicologia, serviços existentes na Policlínica Lessa de Andrade, mas que deixaram de ser ofertados na rede interna da Policlínica, devido à necessidade de serem contra referenciados pela unidade local. Asseverando-se que a superlotação do Ambulatório Patrícia Gomes é só mais um indício de que a problemática do acesso à saúde não se resume à escassez de vagas, mas, encontra os seus fundamentos nas tendências privatistas das políticas públicas, cuja precarização tem por fim primordial potencializar a lógica privada da saúde.

No caso da psicologia, o HTMC explicou que terá que ser referenciado para a alta complexidade, por causa da falta de vagas no Ambulatório Patrícia Gomes. Rocon *et al.* (2020), mapeando a produção científica sobre o acesso à saúde de pessoas trans, informa que apesar das conquistas legais, não há uma efetividade das redes de intercâmbio entre a atenção básica e as demais complexidades, ocasionando uma indevida migração da atenção primária

para a média e alta complexidades, realçando as históricas dificuldades no acesso desta população.

Na narrativa abaixo, o HTMC esclarece que a questão da fisioterapia foi indicada pelo médico do Ambulatório, tendo em vista a dupla jornada de trabalho cumprida pelo usuário: nos finais de semana, trabalha como barbeiro, na própria residência, e, durante a semana, faz “bicos” para uma tia, manuseando confecções, trabalho que está lhe trazendo prejuízos à saúde, devido ao esforço repetitivo. Também foi orientado pelo médico a procurar o serviço de saúde do trabalhador para avaliar o nexo do trabalho com o adoecimento. Um aspecto importante, já citado pelo PMC, é que, mesmo voltado à hormonioterapia, o médico do ambulatório amplia o seu raio de observação, identificando outras demandas de saúde, para além da transição corporal.

Ele falou até dessa minha questão, pra procurar, que tem uma clínica do trabalho, porque eu tô sentindo dores no ombro e, também, nas pernas, que ele acha que é devido ao trabalho, porque eu passo muito tempo em pé e como eu tô trabalhando na confecção da minha tia, passando cortina o tempo todo, acaba que é repetitivo, trabalho repetitivo. (...) Porque eu trabalho com minha tia durante a semana e abro minha barbearia final de semana. Então, acaba que eu acabo forçando o braço, o movimento repetitivo no mesmo braço, o tempo inteiro, então, acaba forçando o ombro, então, por isso, essa dor e minhas pernas inchadas por passar muito tempo em pé (...) ainda mais que, junta com família e lá vem outros problemas, e isso já vem decorrendo há três anos, essa questão de trabalho (HTMC).

O usuário descreve os problemas de saúde, devido às precárias condições de trabalho a que está submetido, o que tende a se agravar com a falta do acesso aos tratamentos indicados. Este discurso sinaliza que a dificuldade em efetivar os agendamentos na unidade local, entre outros problemas, fica acirrada quando não há uma sincronicidade entre a sua dinâmica de vida e a rotina do serviço. “Essa questão de marcação mesmo, de você conseguir achar vaga, de você conseguir chegar lá e marcar, por mais que você ainda consiga chegar, não tem vaga (...), não tem vaga ou simplesmente, hoje não tem médico, sabe?” (HTMC).

Observa-se que, mesmo conseguindo chegar à unidade local, não há a garantia do agendamento da consulta. Uma coisa importante que precisa integrar a definição dos protocolos em saúde são as particularidades de vida das pessoas que usam os serviços. Não podemos nos abster de que estamos imersos num sistema extremamente desigual, e que estas desigualdades impactam de modos distintos nas pessoas. A generalização dos protocolos de atendimento não pode desconhecer a realidade dos diferentes grupos populacionais, especialmente as(os/es) trabalhadoras(es) pobres, aquelas(es) que dependem exclusivamente do SUS para ter o atendimento de suas demandas. Ainda, sobre a contrarreferência para a atenção básica, o usuário adensa o seguinte:

Assim, de um lado, a contrarreferência ajuda bastante, e de outro, nem tanto, porque deixa um pouco a desejar essa questão de ficar jogando de um lado pro outro, porque poderia facilitar, já que você é assistido o tempo todo ali (...) Especialidades que eu necessito, ou que venha necessitar, lá no Patrícia tem. Antigamente, não tinha nenhum problema em marcar lá, sem precisar passar pelo posto aqui; hoje em dia, que tá tendo essa necessidade. Então, assim, eu acho que, ao meu ver, de fora, que não deveria haver essa questão de ter que passar pelo posto, aonde você já é assistido por aquele local, se você já é assistido ali, se já tem sua ficha ali, porque não marcar você ali mesmo? (HTMC).

Esta fala esboça a ideia de que o afastamento de PTT da porta de entrada, naturalizado na dinâmica institucional, acaba também sendo assimilado pelas pessoas que sofrem esta violação, demandando uma interdição mais efetiva do poder público. Diante da manifestação do desejo em permanecer na atenção especializada, procurei explicar que a ideia da atenção básica era facilitar o acesso, evitar deslocamentos desnecessários, além de prevenir e acompanhar mais de perto os problemas de saúde. Ele me respondeu o seguinte: *“Entendi. Então, acho que eles precisam compreender melhor a nossa dificuldade, pra poder ver que resposta pode dar pra gente”* (HTMC).

No caso da relação com a alta complexidade, perguntei sobre como a unidade básica tem articulado o referenciamento para outros serviços, dentro e/ou fora do município, quando necessário: *“referenciam, mas, mandam que a gente procure; eles não encaminham, só diz assim; só dizem, vai lá e pronto!”* (HTMC). É uma fala que reincide na ideia de que não há uma efetividade por parte dos sistemas de regulação. Considerando a importância da assistência ginecológica para homens trans, indaguei sobre como se dava o acesso ao exame preventivo: *“a gente faz por lá, pelo Patrícia”*. Este é um tipo de assistência que poderia estar sendo garantida na unidade local, mas, mesmo sendo garantido pelo Patrícia, o usuário não conseguiu se abster de constrangimentos, devido à permanência em salas de espera:

Lá no Patrícia eles fazem o preventivo; eu mesmo faço lá. Agora, assim, é constrangedor. De modo geral, eu acho que, pra gente, em si, deveria ter um dia específico porque fica aquele clima chato. É porque é por vez, é por ordem de chegada, aí, na sua vez, a mulher diz que não é você, porque você não tem que tá ali (...) As mulheres que estão lá, fazendo o exame. Os funcionários não. Os funcionários já sabem como tratar e tal, mas, são as mulheres, em si, que tão ali esperando (...) Por que elas não têm um preparo pra saber o porquê da gente tá ali? (HTMC).

São questões que sinalizam a necessidade de uma maior qualificação deste acesso nos espaços locais, mas, sobretudo, de uma ação por parte do Estado que dê a necessária visibilidade sobre a existência destas pessoas e de seus direitos como cidadãs(aos). Ademais, sabemos que esta é só mais uma expressão de que o preconceito tem a ver com a falta de

conhecimento e esclarecimento da sociedade, o que reforça a importância da intervenção na realidade local.

Mas, o percurso do usuário não é feito só de dificuldades. Algumas potências foram identificadas, tais como, o reconhecimento das ações pedagógicas desenvolvidas pelo Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, das quais, toma ciência através das redes sociais:

Sempre tem reuniões, eles sempre fazem reunião pra gente lá mesmo, no auditório do Patrícia. Eles marcam as datas, não tem datas específicas, eles fazem um calendário deles, em si, e avisa pra gente e a gente vai lá; fazem as reuniões, normalmente, eles marcam muito com o psicólogo pra fazer aquela roda de conversa. É muito bom (HTMC).

Ao ser perguntado se havia a participação de médicas(os/es) nas ações pedagógicas, o HTMC disse o seguinte:

Participam, normalmente, sim. Teve até uma ONG, agora, no final do ano, a NATRAP, que fez uma reunião junto com o ambulatório (...) Falou sobre direitos, sobre a saúde, sobretudo, de modo geral (...) Os usuários participam. Nem todos, mas alguns participam (HTMC).

O testemunho do usuário sobre a dimensão pedagógica das práticas de saúde só reforça a importância da sua participação como sujeito ativo na produção do cuidado, além de materializar uma lógica de saúde mais atenta à sua multideterminação, por isso os espaços coletivos serem reverenciados como uma estratégia importante do fazer saúde. Mas, para que reconheçamos a saúde como um processo social de mudança, não basta debatê-la. É preciso correlacioná-la às práticas concretas, daí a importância da circulação territorial de PTT (Gadotti *apud* Mendes, 1993, p. 95).

Seguindo na perspectiva de uma saúde ampliada, o HTMC traz a essencialidade do SUS no atendimento de suas demandas, apesar das contradições que lhe atravessa:

Assim, a gente tem muito que agradecer ao SUS, querendo, ou não, é uma unidade falha, é! Mas, é necessária, porque a maioria da população, em si, não tem como custear a questão de saúde. Eu mesmo, se não fosse o SUS, eu não teria como adequar a minha questão da transição, nem tão pouco a questão básica de saúde, que eu necessito no dia a dia, seja dentista, seja um médico clínico, seja um básico, mesmo. Se eu passasse mal hoje, eu não teria como custear uma ida ao médico (HTMC).

Além de reconhecer o SUS como uma potência no atendimento às demandas de saúde, o HTMC traz, na fala abaixo, um apelo para o reconhecimento da diferença como parte do humano. Toma por base a desenvoltura da própria filha de 8 (oito) anos para mostrar que a resistência à diversidade é completamente infundada, na medida em que a criança não apenas assimilou a ideia da transexualidade, mas passou a ser uma franca defensora da causa LGBTQIAP+:

Que a gestão em si, não só quem tá no comando agora, mas, de modo geral, que as pessoas estudem, se eduquem, pra que saibam tratar as pessoas bem, de modo geral, sabe? (...) Não é porque uma pessoa é diferente, que você vai tratar ela mal, por isso. Trate ela da forma que ela se vê, da forma que ela gosta de ser tratada, da forma que ela é; não é porque ela tem uma diferença que merece ser tratada mal (...) Uma pessoa de um cargo público, ameaçar um casal gay porque tava abraçado; então, assim, isso não existe, é uma coisa que não tem como, eu olho isso até pela minha própria filha, que antes mesmo de eu iniciar minha transição, ela tava com cinco anos; eu sentei, conversei com ela, expliquei, pra uma criança de cinco anos, e ela entendeu. (...) Ela chegou pra mim, a partir daquele momento, e começou a me chamar de pai, foi comigo na barbearia, cortou o cabelo e, dali ficou pai, e acabou, e aí daquela pessoa que me trate no feminino na frente dela! (...) Ela chama minha esposa de mãe, mas, ela sabe que ela nasceu de mim e não liga pra isso (...) Eu sempre levei ela para as Paradas da Diversidade, que tinha aqui, e ela sempre frequentou tudo comigo (HTMC).

De acordo com a narrativa, há uma grita por respeito, por aceitação da diferença, fruto da discriminação, não apenas na operacionalidade da assistência, mas, em toda a dinâmica social. Retomando Rocon *et al.* (2020, p. 14) sobre o acesso à saúde de pessoas trans no Brasil, ainda perduram muitos dos problemas ligados a este acesso, entre estes, condutas discriminatórias, desqualificação profissional e, sobretudo, a falta de uma política de atendimento na atenção primária de saúde, em que pesem os avanços trazidos pela PNSILGBT. O que corrobora a importância de se repensar o modelo assistencial, a partir das vivências destas pessoas nos trânsitos pela saúde.

Continuando a discorrer sobre a permeabilidade da filha na aceitação da diferença, o usuário esboçou credibilidade no processo pedagógico de transformação cultural, vez que encontrou na criança possibilidades de assimilação de novos significados sobre o corpo e a sexualidade. Mesmo em tenra idade, ela já consegue, não apenas compreender, mas, se posicionar diante dos sinais externos que negam a diversidade:

[...] aí, ela chegava, assim, depois que eu me assumi trans, ela chegava assim: "olha pai, uma mulher trans, que linda". Eu dizia: "vai lá, dizer a ela". Às vezes ela não ia com vergonha, às vezes, ela ia lá e falava e, assim, ficou. Hoje em dia ela não pode ver uma bandeira trans no meio da rua que sai falando (...) e, assim, ela vem conhecendo, não só com a gente, vem conhecendo outras formas de expressão, e tudo que a gente vem aprendendo, e ela também vem, vai aparecendo outras bandeiras e a gente vai aprendendo, e ela também: "pai que bandeira é essa?", "é bandeira lésbica, essa é bandeira não binária" e assim vai (...) e ela chega: "ah, porque na minha escola estavam falando sobre os gays, num sei o que, e eu fechei com a cara da minha professora", e eu: "meu Deus do céu, com oito anos!" (risos) (HTMC).

O HTMC acrescentou que na escola, a criança foi capaz de enfrentar a repressão que lhe foi direcionada pelos agentes pedagógicos, por se posicionar diante de atos de preconceito

contra a diversidade. São fatos como este, praticados pelas instâncias formais, que ajudam a consolidar a diversidade como algo a ser interdito no contexto das relações sociais.

[...] Aí, teve uma questão de uma atividade que fizeram, que foi sobre uma pipa, e ela veio dizer que queria uma pipa, e a professora veio dizer que ela não podia brincar de pipa, tinha que brincar de boneca. Aí, ela fez, "não! Porque eu não posso brincar de pipa? Eu posso sim, brincar de pipa". "Não! Porque pipa é coisa de menino". "Não existe isso, de coisa de menino", "eu posso brincar de pipa, sim, e eu quero uma pipa e pronto" (...) E ela brigava, até, com minha mãe, por conta disso, porque minha mãe, até hoje, ela me atura, porque ela não aceita. A família em si, é super preconceituosa. Então, ela fica do meu lado pra tudo. (...) Eu sempre me senti sozinho o tempo inteiro e, depois que ela chegou, eu não me sinto mais (HTMC).

Ao observarmos o estudo de Rocon *et al.* (2020) sobre o acesso à saúde da população transexual no Brasil, veremos que a discriminação sofrida nos serviços e equipamentos de saúde foi o problema mais evidenciado, aparecendo em 13 dos 22 artigos pesquisados. Significa, portanto, uma questão de grande magnitude nos entraves para o acesso desta população. Com esta constatação encerro o diálogo com o HTMC, único usuário entrevistado nesta complexidade, ficando com o registro de narrativas que dão concretude ao acesso às políticas públicas. Mais ainda, quando materializadas por sujeitas(os/es) que, além de discriminadas(os/es), são negadas(os/es) na capacidade de agregar à realidade novos significados. Por isso, também buscar as mulheres trans, como importantes interlocutoras, representadas no diálogo a seguir.

O diálogo com a mulher trans não binária da alta complexidade (MTNBAC) iniciou com a sondagem sobre as necessidades que a impelem a buscar serviços de saúde. Ela trouxe demandas comuns às mulheres trans, que, por falta de acesso acabam desassistidas, facilitando intervenções clandestinas que poderiam ter sido evitadas, se o sistema reconhecesse no seu planejamento as particularidades destes corpos.

Porque, assim, antigamente muitas trans, elas não tinham esse direito como nós hoje tem, porque, lá, antigamente, lutaram por nós, novas trans, travestis, gays, não binária, pra gente poder ter esse acesso à saúde, porque é muito importante. Tem muitas que injetam pelo corpo silicone industrial, pra quem não sabe, aquele líquido serve pra limpar motor de avião, móvel de grande porte. Outras tomavam os hormônios por conta própria, aí, tinha muita chance de ter trombose. Eu já fiz isso, antes de eu vir pra cá, pro Hospital da Mulher, ser encaminhada. Eu tomava Perlutan, por conta própria, e eu vi que não era bom, que eu podia ter outro tipo de doença. Então, eu preferi procurar uma ajuda médica, me aconselhar mais sobre isso, porque a saúde é muito importante, se cuidar (...) Se na sua família tem tendência de ser diabético, ou ter outro tipo de doença, você tomando hormônio por conta própria, isso pode fazer com que você possa ter, vamos supor, quando tiver quarenta anos, as doenças podem aparecer, e você tomando hormônio por conta própria, pode aparecer muito mais cedo, então, é bom se cuidar, ver os sinais que o corpo manda (MTNBAC).

É factual, no relato, que a inexistência de uma rede receptiva às PTT abre portas para a clandestinidade das intervenções corporais, equivocadamente atribuída à falta de autocuidado. Guaranha (2013), refletindo sobre o acesso à saúde de PTT, diz que o preconceito é fonte de adoecimento, com sérias consequências para a saúde destas pessoas. Esta assertiva ancora a ideia de que a discriminação leva ao distanciamento da rede formal, favorecendo a busca clandestina por autotransformação. Menezes, Santos e Souza (2021) pesquisando sobre intervenções corporais de PTT na Bahia, constataram que entre as(os/es) entrevistadas(os/es) o uso de hormônios e a aplicação de silicone industrial se dava por meio de redes informais e sem acompanhamento médico, sendo esta conduta atribuída à transfobia praticada por profissionais de saúde. A inexistência de protocolos voltados às especificidades destes corpos é só mais um reflexo da falta de reconhecimento destas existências que, a todo momento, se reivindicam como sujeita(o/e) da política de saúde.

No diálogo abaixo, a usuária fala da luta empreendida pela legitimação do seu autorreconhecimento, demonstrando a força que tem no enfrentamento das pressões externas, e na disposição em experimentar novas compreensões sobre o existir, a despeito da influência adestradora praticada, inclusive, por pessoas que também trafegam nos caminhos da dissidência:

Eu mesmo me considero uma trans não binária porque eu gosto, eu não vou mentir, eu amo, quando eu quero usar roupa feminina, eu vou lá e uso, quando eu quero usar roupa masculina, vou lá e uso. Eu gosto de me olhar no espelho e ver meus traços femininos, ao mesmo tempo, ter umas características do masculino (...) eu me sinto bem quando olho no espelho e tô chegando no meu patamar, no meu ponto de vista (...) Me sinto bem porque tem muitas que não podiam ser, assim, como eu sou hoje, teria que ser aquilo que as outras pessoas queriam que fosse (...) Assim, amore, eu sou um tipo de pessoa mente aberta, eu acredito muito, assim, que cada cabeça é um mundo, cada olhar, uma visão. Então, minha visão e meu mundo é de que eu não me sinto, assim, "ah, tem que chamar de ela". Eu não! Se quiser me chamar de ela, me chama, se quiser chama de ele, mas, que não seja tirando onda, ou gracinha. Como eu disse a você, eu me considero uma Afrodite (...) assim, dois em um, um homem e uma mulher unidos em um (...) Ainda tem pessoas, assim, muitos acham: "ah, isso é frescura"; "a pessoa quer inventar mais alguma moda", Não! Tem pessoas, como eu já vi, eu sigo um canal no Youtube que é Liah Bracho, que, na época dela, na década de oitenta, ela queria ser assim, se vestir como feminina, com roupa feminina e manter algumas características masculinas, como corte de cabelo, o abdomenzinho, o musculosinho do masculino, só que, naquela época, ela não podia, porque outras trans diziam "então, você não é travesti, vai se hormonizar, viadinho! Pão com ovo!". Era pressão naquela pessoa, obrigando a pessoa a ser uma coisa que não quer ser (...) Como já andei em alguns locais, no bairro onde eu moro, muitas travestis não gostam, ficam: "por que você não é assim? Você não faz isso? Você não tem peruca, você não usa cabelo, você não deixa o cabelo crescer, num sei o

que", aí, é muita coisa (...) Ao mesmo tempo, assim, elas saíram, abriram a tampa de uma coisa, e fecharam para outra (...) (MTNBAC).

O discurso acima vem recheado de novas significações e possibilidades de estar no mundo o que, para nós, deveria ser basilar para se pensar na assistência à saúde desta população. Por não terem a existência reconhecida, deveriam ser parte essencial do planejamento em saúde. Mas, mesmo como corpos dissidentes, há uma tendência de enquadramento no que é reconhecido como feminino e masculino, o que leva as PTT a buscarem os modelos hegemônicos. E pior, quem não se enquadra, sofre críticas e penalizações que acabam dificultando ainda mais o acesso à saúde.

Ao discorrer sobre os trânsitos pela atenção básica, a MTNBAC não cita a busca por este serviço, mesmo sendo a unidade mais próxima. *"Que eu procuro, é o Hospital da Mulher, né, amore (...), sempre venho aqui (...)"* (MTNBAC). Daí, perguntei por que ela não buscava a unidade básica de saúde:

Então, amore, é precário, é muito difícil. Se uma pessoa que é hétero demora um século, esperando vaga de alguma consulta, ou de um encaminhamento, (...) imagina nós. Então, muito difícil. Eu acredito, assim, que tem que melhorar muito o posto de saúde porque num é tão, como posso dizer, muito atencioso, lá, é muito precário, lá, ou qualquer posto de saúde, eu já frequentei muito posto de saúde, você não se sente muito, como posso dizer, abraçada, ali, não só como eu, trans, mas, como qualquer outra pessoa de outro gênero. A pessoa é atendida de mal jeito, muita gente ali (...) Eu sou uma pessoa muito observadora, eu percebo alguns olhares (...) Assim, atender, eles atendem, mas, assim, a demanda que é muito, demora muito, é uma espera pra você conseguir alguma coisa (...) Eu acho que tem que aumentar mais vaga. Tem gente que acorda, até de madrugada, pra conseguir uma vaga pra ser, pelo menos, o terceiro, como eu já fui, também. Pra conseguir um encaminhamento pra cá, eu tive que acordar, e quando saí, era, mais ou menos, três horas da madrugada, pra ir pro posto de saúde, que é um pouco distante, é uns dez minutinhos de andada. Fiquei lá a madrugada toda, esperando pra ver se conseguia, pelo menos, uma vaga (MTNBAC).

A narrativa acima traz alguns dos condicionantes que tem desmotivado a procura pela unidade local. Esta não é uma realidade exclusiva de PTT, uma vez que o SUS ainda não é um modelo universal para toda a população. O que repercute, sobremaneira, na falta de resolutividade dos seus sistemas de referência e contrarreferência.

As dificuldades retratadas pela MTNBAC tiveram a sua culminância na experiência de uma consulta de rotina, que lhe deixou muito impactada pelo fato de a(o/e) profissional não ter reconhecido a legitimidade de sua reivindicação.

Teve um doutor que me encaminhou pra cá, ele me perguntou: "porque você tá querendo se hormonizar?" aí, eu falei: "pra eu me sentir mais melhor, me olhar mais no espelho, me aceitar um pouco mais". Aí, ele: "pra quê?" Não

deu valor, sabe? É como se pra ele fosse: "por que querer isso?" e eu fiquei muito, mega chateada com aquilo (MTNBAC).

O relato espelha uma realidade que, infelizmente, não parece rara no cotidiano dos serviços, e que pode encontrar respaldo na vasta literatura que versa sobre as dificuldades no acesso à saúde de PTT. Conforme Rocon *et al.* (2020) podemos identificar que a falta de qualificação profissional no atendimento às PTT também apareceu nos artigos pesquisados com significativa expressão, reforçando a ideia do quanto a formação continuada se torna indispensável nas respostas à saúde desta população. Ideia semelhante foi trazida por Porto, França e Silva (2021) ao analisarem os itinerários terapêuticos de homens trans na baixada cuiabana. Estas(es) autoras(es) afirmam que a formação biomédica não chega nem a tratar dos aspectos biológicos de corpos trans e travestis, imagine dos aspectos políticos e socioculturais, demonstrando que esta exclusão vem desde a gênese da formação profissional.

Embora esse tipo de comportamento no atendimento em saúde ocorra, é inevitável a sua procura pela unidade local para se conseguir um encaminhamento para a alta complexidade. *"Eu fui encaminhada pelo posto, que eu consegui, graças a Deus, um encaminhamento pra cá e estou aqui"* (MTNBAC). Quando interpelada sobre a necessidade de se deslocar para um local mais distante, ela esclareceu que precisa pegar 2 (dois) ônibus gastando, só no percurso de ida, cerca de 1h. Mesmo que o deslocamento agregue custos, além de uma maior mobilidade, ainda é escolhido como a melhor opção de acesso. *"Sim amore, um pouco longe, eu acho que uma hora de ônibus, assim, trinta minutos de um, e trinta minutos de outro, no total uma hora, só pra ir (...)"* (MTNBAC).

Estas narrativas levam a postular que a falta de pertencimento à atenção primária contribui para que o deslocamento se torne mais um violador do direito à saúde. Não podemos negar que, quanto maior o percurso, maior serão as chances de abordagens transfóbicas, e maior serão as dificuldades para o deslocamento e para o próprio acesso. Mas, diante de tantos impeditivos, encontrados nos trânsitos por alguns postos de saúde, como foi dito anteriormente, indaguei sobre o que, de fato, motivou a procura:

Abrir as portas para outras! (...) Sim, amore, me lembro bem, como posso dizer, de abrir a porta pra outras. Porque, lá na unidade, não têm muitas, que vão pro posto, e eu quis isso, pra ver se as outras se chegavam mais: "olha, também tem atendimento pra gente como a gente" (MTNBAC).

O trecho acima demonstra que a solidariedade entre pares funciona como uma ferramenta política, pois revela uma nítida compreensão de que, em se tratando de PTT, não basta adentrar os serviços. É preciso "abrir as portas" ou, em outros termos, é preciso subverter a expulsão latente que integra a dinâmica dos serviços, sutilmente organizados para

comunicar que a saúde não é um lugar de todas as pessoas. Isto remete ao que Duarte e Paiva (2022) trazem, com base nas ideias de Merhy *et al.* (2014). O fato de não poderem adentrar os serviços faz com que estas pessoas constituam redes de solidariedade, consolidando formas de cuidado paralelas aos protocolos convencionais. “Uma rede de afetos que, mesmo sendo capaz de produzir respostas, não é considerada no repertório convencional” (Merhy *et al.*, 2014, *apud* Duarte e Paiva, 2022, p. 205).

Mas, em se tratando de potências, a MTNBAC traz o SUS como uma política universal, que amplia o acesso à saúde, desvinculando-se da condição contributiva, processo que excluía, sobretudo, os mais pobres, ou aquelas(es) que sempre estiveram à margem desse sistema, representando um marco decisivo, não apenas da luta LGBTQIAP+, mas, de toda a sociedade:

O que eu entendo sobre o SUS, assim, amore, eu entendo que nós temos esse direito, todos nós pagamos impostos pra poder ter esse direito, de ser atendida porque, naquela época, muitas pessoas não tinham esse direito. Não tô falando só de gênero trans, mas, de outros tipos, pra deixar bem claro, não ter esse acesso ao cuidado a mais sobre sua saúde; naquela época, só tinha a questão de atendimento quem tinha dinheiro. Pessoa daquela época que era pobre, se tratava, assim, como pode, tomando chá, ia pra mata caçar mato pra se cuidar e, hoje, não! Nós, de classe alta ou baixa, temos acesso a isso, eu agradeço muito a isso (MTNBAC).

Mesmo com os avanços referendados, o respeito continua sendo retórico no clamor desta população que, há todo instante, denuncia um sistema social francamente desumanizante, e historicamente programado para tolher as expressões que ousem subverter as direções impostas ao corpo e a sexualidade. Contudo, apesar da “inexistência”, estas pessoas seguem agregando novos sentidos ao viver do humano.

Mais respeito, de dois lados, não só do dele, mas o da gente também, mais atenção, enxergar um pouco mais, observar o mundo e ver que o mundo é grande demais, que tem espaço pra cada um de nós, (...) Então, assim, o mundo é tão grande! Pra que ficar, querer só ter dois tipos de pessoas e dois gêneros, só? Pode ter vários, eu acredito muito nisso, mas, cada um deles se dando o seu valor, se dando o seu respeito, não invadindo a área um do outro, é isso que eu penso (MTNBAC).

O respeito aparece como algo que se une às rogativas da população trans e travesti, que a todo instante, denuncia os limites impostos à sua dignidade, num sistema que se reinventa apartado deste clamor, mas que não pode cessar o poder das práticas sociais de agregar ao real novas inteligibilidades.

Discorrendo sobre as suas buscas por serviços de saúde, a mulher trans usuária da alta complexidade (MTAC) faz referência às especialidades ligadas à transição corporal, porém, não restritas ao processo transexualizador. Ao falar das suas procuras, a usuária faz questão de

ressaltar o seu bem-estar como principal motivador. Esta é uma questão importante, na medida em que, nos protocolos da transição, a presença destas especialidades tem uma função meramente diagnóstica, onde as tecnologias estão preconcebidas como “solução” dos conflitos com a genitália, reafirmando a ideia de que o problema está na pessoa, em vez da sociedade. O autorreconhecimento, na narrativa, foi o principal desencadeador desta busca.

Eu busco meus tratamentos psicológicos, que eu preciso, além do tratamento com o endocrinologista, o ginecologista, o exame de sangue, fazer exames de rotina, tudo isso (...) O tratamento psicológico é porque eu tenho problemas com depressão, ansiedade, essas coisas, aí, eu faço parte da psiquiatria daqui também (MTAC).

Ao ser indagada sobre a relação com a atenção básica, a usuária esclarece que também precisou fazer o mesmo percurso até a unidade local para conseguir o encaminhamento de referência para o Ambulatório LBT: *“Eu fui no posto de saúde da minha rua e pedi encaminhamento pra um psicólogo, na verdade, foi pro endocrinologista, aí, eu vim, me encaminharam pra cá, aí, do endócrino, eu fui encaminhada para psicólogo e para ginecologista e, depois, volta para o endócrino” (MTAC).* Ao focar nas especialidades ligadas à transição de gênero, a MTAC deixa a impressão de que buscou a unidade local apenas para uma mediação com as demais complexidades. No entanto, ela esclarece que o ginecologista, membro da equipe nuclear, faz a clínica de forma ampliada, com os devidos encaminhamentos para os exames diagnósticos e as especialidades clínicas:

Então, o ginecologista, ele é o principal que, basicamente, passa as coisas pra mim, ele é quem passa meus exames pra fazer, se ele vê que tem algo de errado, ele passa o exame, exames de sangue, encaminha pra fazer exames de outras coisas, também, ultrassom, depende muito (MTAC).

Esta é mais uma referência de que há uma preocupação do médico em garantir uma assistência mais integral, mesmo diante da sua função especializada. Parece algo que vai se consolidando para suplantar o hiato deixado pela atenção básica. Em relação à procura pela unidade local, a usuária reafirma que, de fato, prefere resolver suas questões de saúde no próprio hospital: *“Normalmente, minhas questões são todas atendidas, porque a maioria é aqui, no Hospital da Mulher. (...) Sim, por aqui, sempre, tudo maravilhosamente” (MTAC).* Seguindo na discussão sobre a atenção básica, a MTAC deixa evidente que o distanciamento da porta de entrada não é só uma questão de “escolha”, mas, em função das problemáticas vivenciadas:

Eu não vou lá, faz muito tempo, desde que eu peguei meu encaminhamento pra cá, tudo eu faço aqui (...) Lá eu não gosto muito porque, além de ser um posto pequeno, lá, é uma demora pra atender (...). Aí, depende muito do que você for fazer lá porque, às vezes, é uma coisa muito demorada, aí, eu prefiro nem ir (...) Então, muitos não são acostumados e eu também nem vou lá, então, nem tem como eles se acostumarem. Por mais que eles sejam

profissionais, têm que respeitar, só que, vejo assim, às vezes, eles erram o nome, assim, mesmo você sendo retificada, aí, eu prefiro nem ir pra evitar todo tipo de constrangimento (...) Eu não usava nome social porque eles não estavam preparados ainda, e não sabiam que era possível colocar o nome social na carteira do SUS. Antes de eu retificar, eu fui lá, passei um problema, e foi o maior rolo, até eu conseguir colocar o nome social no cartãozinho do SUS. Aí, depois que eu consegui, foi tudo melhorando, foi aí que eu vim encaminhada pra cá, tive problemas com relação ao nome, também, em alguns exames, mas, aí, depois que eu retifiquei, troquei tudo, não existe mais esse negócio de nome social. É só nome e pronto! (MTAC).

Observa-se que nem mesmo o nome retificado foi capaz de assegurar um atendimento respeitoso, forte indício do afastamento desta população. Ademais, o fato de o deslocamento para o hospital da mulher não ser considerado um problema, tendo uma unidade muito mais próxima, denota uma falta de vinculação da usuária com o território, requerendo um reexame das gestões no sentido de romper com o ciclo de naturalização deste distanciamento. Em outra pesquisa sobre a discriminação contra pessoas trans em serviços de saúde, também realizada por Rocon *et al.* (2016), encontramos que as(os/es) usuárias(os/es) pesquisadas(os/es) revelaram sentimento de tristeza e angústia, o que vem a facilitar o abandono do tratamento e a resistência em buscar estes serviços (Rocon *et al.*, 2016, *apud* Rocon *et al.*, 2020, p. 6). Mas, mesmo reconhecendo as dificuldades em adentrar a atenção básica, a MTAC não deixa de esperar mudanças, ao esboçar as suas perspectivas. Neste sentido, a questão do respeito à existência trans e travesti é sempre uma reivindicação recorrente, o que para nós só reafirma o histórico processo de abjeção que permeia esses trânsitos.

Assim, eu não sei como funciona as unidades de saúde, mas, elas deveriam procurar saber mais os direitos, sobre as questões de pessoas trans, porque já teve momentos de eu ser retificada, que eu chegava lá, tipo, numa UPA, mesmo, com o nome na carteirinha do SUS e eles não colocavam lá em cima, no negocinho que aparece, sabe? Na tela. Aí, já aconteceu muito isso, negócio de constrangimento, aí pronto. É uma coisa que eu acho que eles deviam dar mais um pouco de atenção a isso, procurar saber mais (...) Sendo bem sincera, eu não sei, deve ser muito a mente fechada das pessoas. Tem muita gente que é, muito médico, mesmo, que é preconceituoso, com várias coisas, aí, se forma e diz que tem uma profissão, mas não tem porque tem preconceito ali (MTAC).

Novamente, emerge a questão da falta do respeito às diferenças que, refletido nos serviços de saúde, deixa de cumprir os princípios e a missão do SUS, a todo instante revelado pelos atravessamentos da cultura LGBTfóbica. Os serviços são executados por profissionais que, mergulhados nessa cultura, se distanciam dos seus preceitos ético-políticos.

As narrativas acerca dos preconceitos se repetem no discurso do homem trans, usuário da alta complexidade (HTAC). Ele destacou que, na verdade, sai em busca de profissionais que saibam lidar com as suas particularidades, sendo este o aspecto que foi mais valorizado

em seu diálogo: *“Primeiro, ter o acolhimento ideal, médicos que consigam nos atender de uma forma mais específica, principalmente, por ser uma comunidade trans, então, é justamente por esse motivo”* (HTAC).

Para o usuário, é imprescindível um acolhimento humanizado com pessoas trans nos serviços de saúde. Perguntei se ele tem encontrado o que procura: *“Às vezes sim, e outras vezes não, porque nem todo hospital consegue ter esse acolhimento ideal”* (HTAC). Com essa resposta, resolvi indagar sobre a sua relação com a unidade de referência territorial, ao que respondeu:

Então, é uma unidade um pouco homofóbica, digamos assim, que geralmente erra muito os pronomes, que não respeita o nome social de muita gente. Eu, como já tenho nome retificado, se torna mais fácil, mas, alguns amigos meus, que usam o ambiente, se sentem desconfortáveis por não conseguirem ainda fazer essa retificação (...) No meu caso, que já tá masculino, às vezes, ainda colocam no feminino. Então, é um desconforto muito grande (HTAC).

A falta de legitimidade no uso do nome social, e, em alguns casos, do nome civil retificado, tem sempre lugar de destaque, quando o assunto é saúde; problema que fica agravado quando se trata de serviços não especializados no atendimento de pessoas LGBTQIAP+, mostrando o quanto há, ainda, de segregação desta população, ou de restrição da circulação pela saúde. Reis, Wandekoken e Rocon (2021) analisando os desafios enfrentados pela população trans no acesso à saúde, encontraram artigos abordando a deslegitimação da identidade trans através do desrespeito ao uso do nome social, conduta que encontra respaldo no modelo binário de inteligibilidade dos gêneros. Tais condutas, socialmente apoiadas, não são tratadas como violações, precisando sair da latência para que o direito de PTT seja assegurado. Mas, mesmo diante dos impeditivos, o usuário em questão, insiste em buscar a unidade local para adiantar os exames complementares, evitando sucessivos deslocamentos ao serviço especializado.

Busco, primeiro, conseguir marcar exames, de fato, marcar os exames que é primordial pra nossa comunidade e ter aquela facilidade de não ter que tá tendo que sair sempre pra vir pra o ambulatório LBT, porque é uma demora muito grande. Então, se a gente tem esse acesso pra marcar lá na USF, o exame fica mais fácil (HTAC).

Quanto a conseguir realizar os exames procurados, o usuário explicou que nem sempre isso é possível devido, principalmente, à dificuldade de acesso à vaga: *“Às vezes, sim; é bem complicado (...) por falta de vagas (...) Precisa chegar bem cedo pra conseguir uma vaga”* (HTAC). No caso, estes exames têm a ver com o acompanhamento da hormonioterapia. Porém, sobre outras demandas de saúde, para além da transição corporal, cita o seguinte:

Então, na verdade, eu evito buscar, justamente, pelo constrangimento, porque, é toda uma situação muito constrangedora e, de fato, eu evito. Se eu tiver alguma outra dor, que não esteja relacionada ao meu tratamento, eu fico em casa, de fato. Eu não busco, justamente, pelo constrangimento, tanto nos postos de saúde, como em UPA's. Existe, ainda, aquele constrangimento muito grande, então eu evito bastante (...) Claro que existem alguns ambulatórios que conseguem acolher a gente de uma forma bem melhor e eficaz pra resolver nossos problemas, mas, algumas outras unidades de saúde, que não têm esse acesso, são muito ruins. Então, nem sempre tenho resolvido, de fato, os meus problemas (HTAC).

A narrativa indica que outras demandas por saúde são relegadas, devido aos constrangimentos recorrentes, fator preocupante e indicativo da inexistência da integralidade em saúde da população LGBTQIAP+. A decisão de não buscar os serviços, mesmo diante de uma necessidade, só vem a reforçar a ideia do quanto são danosos os efeitos da discriminação contra esta população.

Para Murta (2022), a estigmatização e o negligenciamento das demandas LGBTQIAP+ continuam presentes no cotidiano das instituições de saúde, construindo barreiras no acesso destas pessoas. Santos *et al.* (2022) explicam que o Ministério da Saúde, ao se posicionar nas entrelinhas da PNSILGBT, restringe ao discurso o reconhecimento da importância da saúde integral LGBTQIAP+, questão claramente refletida nas narrativas aqui elencadas sobre os trânsitos de PTT pelos serviços de saúde.

Seguindo no diálogo sobre a rede, perguntei ao HTAC sobre as suas vivências no atendimento ginecológico, serviço que tem agregado experiências danosas, na narrativa de outros meninos:

Olha, no meu caso, eu sempre venho no último caso, então, geralmente, se eu tô sentindo alguma dor (...), justamente, pela minha disforia. Então, é bom que existam profissionais qualificados pra nos atender (...) porque, às vezes, é um profissional feminino, ou às vezes, é um masculino, e tem gente que tem esse desconforto, muito grande. Então, é bem difícil, não é porque a gente não quer, é justamente pelos receios que a gente tem (HTAC).

Ser atendido por ginecologistas, mulheres ou homens, apareceu na narrativa como uma situação que, em geral, causa constrangimentos. No caso das médicas, arriscamos dizer que há uma situação de confronto, gerada por uma genitália que, mesmo entendida como feminina, subverte a condição cisgênera. No caso dos médicos, mesmo havendo um estereótipo masculino, não se pode descartar os riscos destes meninos terem a sua masculinidade questionada. O que requer por parte das gestões uma atenção singular sobre as necessidades de saúde das pessoas que vivenciam outras corporeidades. Daí, indaguei sobre as salas de espera, no aguardo de um exame preventivo, já que os meninos trans não têm sido atendidos em horários específicos:

[...] é porque neste serviço é mais atendido o público feminino, e quando vem uma figura masculina, fica aqueles questionamentos, então, de fato, é um pouco constrangedor, nesse sentido, que as pessoas olham, porque vê uma figura masculina, (...) "oxe, como assim?" (...) É atendido todo mundo junto, então (...) no meu caso, porque, geralmente, vê uma figura masculina entrando na sala ginecológica, fica sem entender, é um pouco constrangedor (HTAC).

Os serviços especializados deveriam realizar trabalhos educativos com as(os/es) usuárias(os/es), especialmente as(os/es) da ginecologia, no sentido de prevenir e até mesmo impedir discriminações. Já que a assistência prestada no Hospital da Mulher tem esta peculiaridade, perguntei acerca destes atendimentos: *“Todos os profissionais daqui que me acolheram, de fato, são muito bons profissionais”* (HTAC). Verifica-se, de maneira geral, que no hospital da Mulher, a assistência prestada favorece a aproximação dos meninos, requerendo ações pedagógicas com a comunidade que circula no interior do hospital, para prevenir constrangimentos. Quanto a outras dificuldades no acesso à saúde:

Na verdade, é mais a marcação sobre cirurgia, que existe uma dificuldade muito grande pra fazer a mastectomia, a histerectomia, que é a retirada do útero (...) Nesse hospital não faz, ele pode marcar, de fato, mas acho que fazer, não. Então, assim, é muito complicado, e justamente porque é uma fila de espera muito extensa. Então, isso é a única dificuldade, de fato, mas, o resto: exame, atendimento, acompanhamento, é tudo mais tranquilo (...) (HTAC).

Certamente, deve ser mais um integrante da fila de espera do Espaço Trans/UFPE que, infelizmente, continua sem horizontes. Mas, a sua dificuldade não se resume às cirurgias. Ao retratar a motivação da sua chegada no ambulatório LBT, o usuário afirma: *“Eu vim pelo Lessa, o Lessa me encaminhou pra fazer um exame aqui, aí, eu tô frequentando. (...) Eu faço no Lessa a hormonioterapia, eu vim pra cá pra marcação de exame ginecológico porque lá, é mais difícil, e a psicologia, também”* (HTAC). Há uma dupla vinculação, por causa do excesso de contingente na Policlínica Lessa de Andrade:

Lá no Lessa é um pouquinho dificultoso, é só pra os retornos que, geralmente, são retornos muito longos, de três em três meses, por conta de, como posso dizer, de poucos profissionais. Embora tenha um ambulatório lá, mas, tem poucas pessoas atendendo nossa comunidade (...) Psicologia lá é mais complicado de marcar e a gente precisa de um acesso a essa área, a psicologia, a psiquiatria. Enfim, a gente precisa, de fato, de um acolhimento que consiga entender nossas demandas, nossas dificuldades, que são muito grandes, e lá é mais complicado; aqui, não. A gente vem, marca, e uma semana, no máximo, ou até no mesmo dia, já é atendido e o acolhimento é muito vasto, é muito maior (HTAC).

Pelas narrativas até aqui, podemos dizer que também há escassez de vagas nos serviços especializados no atendimento LGBTQIAP+. A psicologia é sempre requerida pelas(os/es) usuárias(os/es) como retaguarda para o sofrimento psíquico, derivado,

principalmente, do preconceito, mas, são poucos as(os/es) profissionais de saúde mental disponíveis na rede, além do risco de haver foco desta atuação nas questões diagnósticas, conforme prevê a Portaria do Processo Transsexualizador, precarizando ainda mais a garantia dessa assistência.

No estudo de Rocon *et al.* (2020) sobre o acesso à saúde da população trans no Brasil, a patologização da transexualidade também teve grande destaque entre a literatura pesquisada, sendo a segunda categoria mais tratada, mostrando o quanto ainda está presente no cotidiano dos serviços. Bento e Pelúcio (2012) adensam que a patologização da transexualidade encontra impulso na compreensão do gênero como transtorno, e afirma que é a matriz heterossexual quem associa o gênero à diferença sexual, precisando ser desmistificada para que outras possibilidades com o corpo possam ganhar concretude.

Além dos processos discriminatórios vividos pelo HTAC, e da escassez de rede ambulatorial especializada, o usuário ainda tem que enfrentar os desconfortos de um maior deslocamento, por falta de vínculo com a unidade de referência. Este é mais um usuário que precisa gastar cerca de mais de 1 h para acessar serviços que poderiam ser viabilizados por uma unidade mais próxima à sua residência.

Se existe a vacinação, se existe remédio pra criança, de modo geral, poderia ter um espaçozinho pra gente num tá se deslocando pra um lugar tão longe, pra tá pegando só o hormônio (...) Até porque, assim, eu sou autônomo, mas, eu conheço muitas pessoas trans, como eu, que não tem um trabalho, que não tem nenhuma renda, às vezes, faz um bico de limpar a casa de alguém, geralmente, profissões incertas, assim. Então, é mais difícil, ainda, ter uma renda pra tá se deslocando (...) É um custo que não tava programado, ali, no mês (...) Olha, às vezes, agem da forma errada, entrando por trás dos ônibus, ou pulando catraca, ou pedindo carona, ou, geralmente, pede pra algum amigo, algum parente pra emprestar esse dinheiro, pra tá indo pegar, mas, geralmente é bem complicado (HTAC).

O depoimento nos traz as mais inusitadas formas de que as pessoas se valem para superar as dificuldades que lhes afastam do acesso à saúde, inclusive, impondo-lhes riscos à saúde e à vida. O deslocamento, nesse contexto, tem como razão de ser, a ausência ou a exclusão de vínculos com a atenção primária, funcionando como mais um elemento que dificulta o acesso ao atendimento. Quando indagado sobre as propostas para melhorias na atenção à saúde, o HTAC expõe o despreparo das(os/es) profissionais, na lida com PTT, como algo precípua de ser mudado na rotina dos serviços:

Eu acho que, primeiro, falta pessoas qualificadas que entendam a nossa demanda, que é uma demanda um pouco mais complicada, até porque não é todos nós que conseguimos falar, de fato, o que a gente precisa. Pra mim mesmo, falar que eu preciso de um atendimento ginecológico, pra mim, é constrangedor. Então, ter alguém ali, que vai tá afirmando que eu não sou tão homem quanto eu sou. Então, é bem constrangedor, então, é justamente

por isso, pessoas qualificadas, que consigam entender que existem homens diferentes e mulheres diferentes (...) A gente é olhado como algo, um objeto de última, de última opção. Então, a gente sofre com dor, a gente sofre, a gente sangra, a gente tem dor como qualquer outro ser humano, mas, a gente é tratado, como sempre, no último, dos últimos, por alguns, claro, como eu disse, em alguns serviços, não são todos, mas alguns, sim (HTAC).

Partindo da ideia da abjeção socialmente atribuída às PTT, o usuário traz em sua narrativa o hiato que existe entre as particularidades do seu corpo e as práticas de saúde. Distância que conjuga o “ser diferente” com sofrimento, violando a diversidade como parte do humano. Guaranha (2013), refletindo sobre as buscas de PTT por saúde, diz que esta população continua sendo alvo de discriminação devido, principalmente, aos padrões moralistas e sexistas que perpassam a formação das(os/es) trabalhadoras(es). Padrões que se consolidam na socialização familiar, escolar, religiosa, entre outras, e que acabam reforçados na formação destas(es) profissionais, transformando a violação do direito em mais um componente do atendimento.

Dialogamos sobre a importância do SUS no redirecionamento destas práticas, ao que o HTAC avalia o SUS em seu reverso, ou sobre o quanto o sistema de saúde não viabiliza respostas às demandas de PTT, apesar da PNSILGBT estar há 12 (doze) anos norteando o atendimento à saúde de LGBTQIAP+ no Brasil.

Então, o SUS deveria ser acolhedor pra todos nós, tanto pessoas cis como pessoas trans e, de fato, não é sempre assim que funciona. Deveria ser um local onde a gente deveria ser acolhido, ser atendido da melhor forma possível (...) É conseguir, de fato, marcar, ser atendido, é conseguir ser respeitado, é conseguir ter esse acolhimento mais rápido possível porque, nossa comunidade é muito apagada, em si, e, principalmente, a comunidade trans; tem todo um constrangimento. Então, quanto mais pessoas tiverem dispostas a tá dizendo: "oh, a gente atende vocês aqui, a gente tem esse espaço aqui, a gente consegue marcar certos exames, vamos marcar a cirurgia, um acompanhamento psicológico". Então, assim, o ideal seria isso aí, a gente ter acesso a todas essas informações, muito mais fácil, e não ter que sempre, “ah, eu descobri porque alguém me indicou, e eu não sabia que tinha isso” porque é bem difícil (...) (HTAC).

A narrativa traz como fundamento primordial o apelo por um SUS efetivamente equitativo, adensando que há muito por se fazer, considerando o fato de que esta voz, como tantas outras, partilham da condição de um sistema social que usa o disciplinamento dos corpos como ferramenta de interdição ao direito de novas formas de experienciar o corpo e a sexualidade. Reiteramos que esta pesquisa se apoia na ideia de que a realidade, apesar de hostil às diferenças, pode ser deslocada, se devidamente provocada. Daí o foco nas questões reveladoras da dinâmica local, com o adendo para os limites e as possibilidades no acesso à

saúde de PTT na cidade do Recife/PE. Partiremos, então, para o diálogo com as três últimas pessoas da atenção primária, sendo um homem trans e um casal trans heterossexual.

O homem trans usuário da baixa complexidade - HTBC, nosso primeiro usuário nesta complexidade, iniciou diálogo informando que há muito desejava fazer a terapia hormonal, porém, por desconhecer o atendimento na USF Brasilit, sua unidade de referência que, inclusive, fica bem próxima à sua residência, buscou o Espaço Trans/UFPE há cerca de cinco anos, onde continua aguardando em fila de espera. É importante destacar que o atendimento às PTT na USF Brasilit já existe há seis anos, porém, este usuário só conseguiu descobri-lo há, apenas, 2 (dois) anos, através de um amigo, já vinculado ao serviço. O usuário explicou que só não fez hormonização por conta própria, como muitos fazem, porque teve problemas ginecológicos, descobertos durante uma gestação, vivenciada antes da transição de gênero:

[...] eu só vim descobrir que existe acompanhamento à pessoa trans nesta unidade porque um amigo meu veio se consultar com a médica, aí, ele me explicou como era a situação, que tinha que fazer os procedimentos pra conseguir os hormônios. Aí, eu fiz, já que sou daqui. “Eu vou perguntar a ela se ela pode me atender, e vou explicar a situação”. Conversei com ela, fiz o acolhimento, aí, ela passou os exames de sangue, de início, pra gente fazer, pra saber qual a medicação que eu iria tomar, se era deposteron, ou durateston, porque existem dois (...) É uma coisa que, se você entrar no posto, você não sabe que tem atendimento pra pessoa trans (...) (HTBC).

O relato acima evidencia um desnecessário tempo de desassistência, mostrando o quanto a falta de institucionalização do atendimento às PTT na porta de entrada aumenta as barreiras para a efetivação do acesso à saúde. Ao ser indagado sobre os motivos que o levaram a procurar a unidade local, para além da transição corporal, o usuário referiu como principal motivação, o acompanhamento obstétrico de uma gestação, ocorrida antes de assumir a masculinidade. A relação com a equipe foi bem valorizada, considerando, principalmente, a formação de vínculos, estabelecida desde antes da transição.

[...] eu já utilizei lá, vamos dizer, o posto da Brasilit; eu conheço todos os integrantes, os profissionais que trabalham lá, pois, eu fiz meu pré-natal lá, conheço todos os enfermeiros, médicos, os atendentes, todo mundo, porque eu frequento há mais de três anos, antes mesmo da transição. Foi o que me fez procurar o Brasilit, por ser o local mais próximo da minha residência, que, por sinal é, vamos dizer, de esquina com a minha casa e, também, porque o pessoal eu já conheço, já tenho uma afinidade, já sabe como é a minha trajetória de vida, conhece minha história, minha família, acompanharam minha filha, também, e, com isso, a inclusão que eu tive pra conseguir medicação. O início do tratamento hormonal foi, vamos dizer, bem tranquilo, porque eu não tive aquela dificuldade que você tem. Um exemplo, no Hospital das Clínicas, que é uma experiência que eu já tive, pois, tentei ir por lá, (...) pra conseguir o tratamento hormonal, há mais de cinco anos, antes de eu ir na Brasilit, (...), mas, fiquei em fila de espera. Lá na Brasilit é bem tranquilo porque as médicas já me conhecem, o tratamento é bem, vamos dizer, bem carismático, não tem aquele problema de chamar

pelo nome antigo, sempre me chama pelo nome social, mesmo sabendo da trajetória, respeita toda minha família, em relação a isso, é bem tranquilo (HTBC).

Já que o usuário referiu ter passado por uma transição de gênero, que foi do conhecimento das(os/es) profissionais desta unidade, perguntei se houve alguma mudança de tratamento, ou alguma dificuldade na adaptação à nova situação:

[..]. mudou porque, na gestação, eu era tratado como ela. Após eu chegar e informar que eu queria começar o tratamento hormonal lá, e ser acompanhado pela médica, mudou. Porém, todo mundo passou a me chamar como Álvaro. No início, realmente, foi uma fase nova pra eles entenderem que era Álvaro, mas, foi bem tranquilo. Você vê que, realmente, eles tentam lhe tratar como você realmente quer ser chamado. Em relação a isso, foi bem tranquilo, não teve nenhum problema (HTBC).

A narrativa mostra que, com a equipe da USF Brasilit, a transição para o gênero masculino pareceu tranquila. Porém, com a comunidade, a coisa foi bem diferente:

Com a unidade de saúde não, mas, com a comunidade, você sente um pouco mais porque, como a minha mãe veio morar aqui há cinco anos, eu conheço todo mundo. Mas, nem todos têm o conhecimento de pessoas trans. Aqui, para eles, ou é frango, ou é frango que se veste de mulher, ou é sapatão. Não tem lésbica, que é um nome correto de se falar, mas, aqui não tem. Tô sendo curto e grosso porque, realmente, aqui é difícil. Tem algumas pessoas que têm aquele tratamento, mas, não é sempre, aí, eu não vou mentir, eu tenho afinidades com poucas pessoas aqui, mas, vamos dizer, são algumas pessoas mais velhas. Pronto, o rapaz do lava jato é um amigo meu, de confiança, ele me trata, também, no masculino, mas, eu sei que é difícil, mas, tem algumas pessoas que não tratam você no masculino, mas, trata você como antes, aí, realmente, é bem complicado, com a comunidade é bem complicado, ainda (HTBC).

Conforme relato, vê-se que a comunidade acaba violando o direito da pessoa ao pertencimento territorial. Como ele também circula no interior da USF Brasilit, indaguei como se dava a convivência dentro da unidade:

Dentro da unidade, vamos dizer, é bem complicado porque (...) eu sou uma pessoa muito na minha, não sou muito de expor minha realidade. Eles falam: "oi, bom dia, tudo bem e tal, como tais?", "tô bem e tal", mas, normalmente, sempre sou tratado no vocabulário feminino, eu tento não falar porque, a maioria, como eu disse, são pessoas mais idosas, tem poucas pessoas mais novas aqui, desse outro lado, são mais pessoas de idade e, por conta da idade, existe aquele pensamento retrógrado, que isso não existe, isso é coisa do demônio, você tá mexendo no seu corpo, o corpo é o templo de Deus e Deus vai lhe castigar, e você vai sofrer (...) É bem complicado, em relação à comunidade (HTBC).

O relato mostra que, mesmo sendo acolhedora, a equipe da USF não consegue evitar que o usuário transite pela unidade sem ser alcançado pelas “invasões” da comunidade, o que vem a reforçar a importância das ações pedagógicas na atenção básica. Nesse nível de complexidade existe uma aproximação maior entre serviço e comunidade que desafia,

sobremaneira, o resguardo da vida privada das PTT, porém, esta modalidade assistencial é decisiva para consumir o direito integral à saúde. Daí a importância de se pedagogizar o território como espaço de produção de saúde, onde todas(os/es) precisam ter o direito de acesso assegurado. Para Mendes (1993) o Distrito Sanitário, na concepção do Movimento de Reforma Sanitária, tem grande importância na concretude dos processos sociais de mudança das práticas sanitárias, pois, a sua base operacional está no nível local, onde as pessoas estão e podem participar ativamente das transformações necessárias.

Isso nos diz da importância de se ter no planejamento das atividades pedagógicas ações de formação capazes de alterar a compreensão das(os/es) profissionais e comunidade sobre o significado e importância do SUS como política pública. Neste sentido, perguntei ao HTBC se havia na USF Brasilit alguma atividade de grupo, já que ela tem sinalizado uma intervenção mais atenta às particularidades de PTT. O usuário explicou que não havia, porém, fez referência ao Ambulatório LGBT Patrícia Gomes onde descobriu, lá, atividades pedagógicas através das redes sociais:

No Patrícia Gomes tem, sempre, tem rodas de discussões de homens trans, mulheres trans, pronto! Hoje como é o mês da visibilidade trans, sempre tem se voltado às pessoas trans, com esclarecimentos de direitos, de medicação, de acompanhamento, acompanhamento psicológico (...) Como, normalmente, eu sigo eles na página, tem uns amigos meus que são de lá, aí, eles fazem: "bora, Álvaro!", eu fico "pô, velho", vai ser tal dia. Tem vez que eu vou trabalhar no dia, não dá pra ir, mas, eu já vi, não vou dizer que eu já participei, mas, que eu sei que lá tem (...) (HTBC).

Mesmo não tendo participado, fica um caminho aberto para uma possível vinculação, já que há possibilidade do mesmo ser contra referenciado para lá, tendo em vista a saída da médica da USF Brasilit. No que se refere ao atendimento na própria unidade, identifica-se, no relato abaixo, um acesso facilitado, porém, ainda, restrito aos mecanismos informais, denotando que não há fluxos preestabelecidos, ordenadores do acesso, e capazes de superar o foco individualizante da atenção.

Sempre que eu procuro atendimento, eu sou bem atendido por todos e tal, nenhum problema. Eu tenho o contato da atendente da marcação de exames, como eu conheço ela, há um tempo, ela me deu o contato dela, pessoal; ela disse: "Olha, Álvaro, eu consigo pra tu esse exame de sangue, pra tu não ir lá, manda só a foto pra mim, eu tenho aqui teus dados, pô", aí, eu mando a foto, aí, ela faz a solicitação de um encaminhamento de sangue pra clínica que eu sempre faço, que é a que fica ali, próximo do Shopping (HTBC).

Considerando que o êxito do atendimento está relacionado ao desempenho da equipe multiprofissional, temos que destacar que a saída da médica de referência do atendimento às PTT poderá causar uma quebra no trabalho desenvolvido nesta unidade. Para nós, a saída deixa a impressão de se tratar de uma grande incógnita, já que a assistência às PTT tem ficado

à mercê da relação entre usuária(o/e) e profissional, principalmente, na atenção básica. A depender de como os vínculos se deem fica, aí, uma fresta de possibilidade para intervenções clandestinas, algo não tão raro entre esta população. O mesmo receio foi pontuado pelo usuário na narrativa abaixo:

[...] porque hoje o que me leva à Brasilit seria o meu tratamento hormonal, que era com a doutora (...) Infelizmente, ela me falou pelo whatsapp, como eu tenho o contato com ela pelo whatsapp, ela disse: "Álvaro, eu saí da unidade, faz cinco dias", eu disse: "Nossa!" Eu fiquei triste, não vou mentir, porque era uma pessoa que me acolhia muito bem (...) (HTBC).

Nos discursos, o usuário tem demonstrado que a sua aliança não é só com a médica da unidade. Uma outra funcionária foi identificada como apoio para acesso aos exames de rotina. Esta atitude foi compreendida por ele como fruto do reconhecimento das suas particularidades no tocante ao trabalho, à filha de 8 (oito) anos, e a mãe idosa, que lhe dificultam a busca pelos serviços. É de extrema relevância que as(os/es) profissionais acolham a(o/e) sujeita(o/e) em suas singularidades, mas, isso não deveria ser informal, e sim, parte da organização do atendimento, em todas as complexidades, e com profissionais devidamente qualificadas(os/es), vez que está previsto no SUS princípios como a equanimidade, que torna as singularidades uma ferramenta do cuidado. Na narrativa abaixo, o usuário avalia positivamente a conduta da profissional em considerar aspectos da sua dinâmica de vida, diminuindo as barreiras na resolução das suas demandas:

[...] algumas vezes eu vou lá pra marcar porque, como ela sabe meu dia a dia, como é correria, por conta da minha filha, minha mãe, aí, ela dá esse suporte a mim, mas, eu não vou dizer que é sempre, mas, ela dá: "olha, Álvaro, foi marcado pra tal dia, visse?" Aí, ela manda eu ir, ou ela mesmo vem e leva a requisição na minha residência (HTBC).

Longe da ideia de que as questões de saúde possam se resolver com ações pontuais e pessoais, a fala do usuário chama atenção para o fato de que o respeito às diferenças, previsto no SUS, prescinde da incorporação das singularidades, o que significa tomar as desigualdades como objeto de planejamento e intervenção em saúde, porém, há muito a se fazer para o alcance desses objetivos. Murta (2022) alerta para o fato de que os objetivos da PNSILGBT ainda não foram alcançados, apesar dos 10 anos de sua publicação, demandando estudos mais aprofundados para que se possa adensar os caminhos de sua implementação. No excerto abaixo, fica evidenciado que não apenas a PNSILGBT, mas o próprio SUS continua no centro das disputas societárias, refletidas na perenidade dos limites encontrados pelas(os/es) usuárias(os/es). Falando dos principais desafios na busca por acesso à saúde, a falta de vagas e a escassez de profissionais reaparecem como problemas recorrentes, denunciando a dimensão histórica da vida do SUS:

Infelizmente, o problema do SUS é o problema de falta de vagas, pra conseguir fazer exames, mas, isso, aí, é um problema antigo (...) Como falei pra você (...) infelizmente, não tem a quantidade de profissionais, a demanda é muito alta, principalmente pra nós, pessoas trans, pra fazer exames, vamos dizer, atendimento médico, porque são poucos médicos que atende pessoas trans (HTBC).

Além da insuficiência de vagas para atendimento, e de profissionais no SUS, o usuário trouxe a dificuldade com a rotina da marcação de consultas na unidade local, principalmente, ligada às condições de acesso e de agendamento das consultas:

Eu tenho que chegar no posto de cinco horas pra conseguir um acolhimento, e isso ainda é normal. Na Brasilit, eu não sei se você já veio aqui antes, não tinha aquela parte coberta. A gente ficava no sol, de cinco e pouca da manhã, até as profissionais chegarem pra fazer as marcações, e começar o atendimento (...) Felizmente, tá melhorando, mas, só um pouco. Ainda tá devagar. Ainda há uma disputa pra conseguir o acolhimento. Não é tão desumano como antes, mas, hoje, tá melhorando, mas, existe, ainda (...) Pra fazer acolhimento geral, você tem que enfrentar filinha, chegar bem cedo, antes das oito, pra você conseguir marcar, infelizmente, é assim (HTBC).

Observa-se que o problema do acesso aos serviços é recorrente, e se faz presente em toda a rede, o que denuncia desinvestimento em política de saúde, repercutindo na falta de universalidade do atendimento, padrão que se repete desde a criação do SUS. Apesar disso, após a marcação da consulta, o processo parece ter tido um melhor desfecho, em função do desempenho da equipe técnica:

[...] isso, aí, é mais fácil. Ela já diz: "olha, você vai ser atendido hoje de tal hora", vai ser atendido daqui há dez dias, três dias", aí, especifica a hora, você chega, tudinho, é bem tranquilo. Depois do acolhimento, fica mais acessível, mas, você tem aquele cuidado. Não é por hora marcada, é por ordem de chegada. Você vai ser atendido naquele dia, mas, você tem que chegar antes daquela hora pra você conseguir não sair tão tarde (HTBC).

No tocante à ginecologia, não raro, os meninos trans trazem relatos de ser uma clínica que agrega muito desconforto, além de amplas chances de constrangimento. Geralmente, associado ao receio de serem deslegitimados. No caso do HTBC, reporta não ter sofrido nenhuma ocorrência durante os trânsitos que antecederam a sua transição. Inclusive, no acompanhamento pré-natal, onde foi acometido por um problema ginecológico que lhe demandou tratamento imediato, chegando a uma hospitalização, porém, não apareceram referências a discriminações neste percurso. Salienta-se que o mesmo ainda não tinha assumido o estereótipo masculino.

Olhe, eu não faço, já faz um tempo, porque eu não me sinto à vontade, porque a demanda é muito grande. Eu não sei como seria, após eu ter tido minha filha porque eu fiz a parte ginecológica quando eu tive ela. Após eu ter ela, eu não me senti à vontade, porque como muda o pensamento, muda o corpo, eu, também não sei como eu seria tratado; tenho receio de como seria tratado, nessa parte, principalmente, na parte ginecológica. Eu não

vou mentir pra senhora, eu tenho receio, não sei se todo mundo, realmente, todo profissional, claro, que é lei eles tratarem pelo que você quer ser chamado, mas, como seria o tratamento? Depois de ter minha filha, eu tive um problema no útero, aí eu fui, fiquei lá no Hospital das Clínicas, eu fiquei internado, eu fiz uma raspagem, porque como eu tava sangrando bastante (...) eu tinha cisto (...) Depois que eu tive ela, eu tive muitas dores, cólicas, isso, antes da hormonização. Depois que eu fui pra Brasilit, eu fiz todo o procedimento, fui tratado como eu me reconhecia, como homem trans, normal, sem nenhum problema, todo mundo me acolheu bem (HTBC).

Com mais esse relato, fica evidente que boa parte dos meninos trans evitam o atendimento ginecológico, mesmo sabendo que é importante para a saúde, em função dos constrangimentos provocados pelo desconhecimento e preconceito/discriminação no serviço, tanto, por parte das(os/es) usuárias(os/es) e, até, por parte de algumas(uns) profissionais. Continuando na abordagem sobre os trânsitos pela ginecologia, o HTBC trouxe que precisou se deslocar para outro serviço para realizar exames complementares e, novamente, se sentiu constrangido com os “olhares curiosos” das mulheres:

[...] porque, também, quando eu vou marcar um exame, vamos dizer, vou marcar um exame de mamas, para um homem trans, realmente, todo mundo fica: "oi, o que é que houve?". Até depois que eu tive minha filha, eu fui fazer ultrassom pra ver como é que tava meu cisto, depois dos hormônios, porque o pessoal da unidade ficou com receio (...) O serviço que eu fiz o exame de ultrassom foi lá, no Hospital da Mulher, eles me trataram muito bem, mas, você percebe, visualmente, que tem aquele receio da parte das usuárias (...) Ficam sem entender, e ficam dizendo: "eu acho que ele vai fazer algum exame de abdome, pra ver como tá a bexiga", isso, normal, de todo homem fazer, mas, as usuárias ficam: "oi? o que ele tá fazendo?". Por isso, meu receio de ir fazer uma consulta da genitália (HTBC).

O problema dos constrangimentos vivenciados, só reforça a importância das ações educativas em sala de espera, de modo a romper com condutas violadoras do direito à saúde de PTT. Mas, não é só a ginecologia que tem trazido desafios. Outro problema referido, que não está restrito às PTT, foi a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico nesta unidade de referência. Ele atribuiu o problema à múltipla escassez do serviço público, principalmente, em relação ao pronto atendimento, quando o caso demanda intervenção imediata.

[...] olha, de que eu não consigo resposta, e que não conseguia antes, porque, infelizmente, a rede pública é muito defasada, é bem complicado. Em geral, a falta de profissionais, a falta de materiais (...) Hoje mesmo, tô sofrendo por conta que não tinha dentista, aí, eu não consegui ir ao dentista, infelizmente, hoje eu tô sofrendo com dor de dente (HTBC).

Daí, perguntei se o problema era sobre a inexistência de dentista na USF Brasilit: “*ter, tem! Mas, vamos dizer, eu só consegui uma ou duas vezes, no máximo. Não é fácil o acesso! Mesmo com dor, mesmo assim, eles atendem, mas, encaminham e pedem, de preferência, que a gente vá pra o Pan de Areias ou Curado*” (HTBC). E continua:

O meu caso seria extração porque, infelizmente, pra tratamento, até tratamento de limpeza, que é uma coisa básica, é bem complicado porque, às vezes, as profissionais, ou ficam doentes, como todo ser humano fica, não tem ninguém pra repor (...) não tem equipamentos, uma quantidade x pra atender uma grande demanda, aí, diminui a quantidade de atendimento aí, por isso, realmente, sinto que a parte odontológica, do Brasilit, é bem complicada, em si, mas, vamos dizer, é a única dificuldade que eu tive aqui, por isso que, graças a Deus, hoje eu sempre procuro a parte odontológica pra, tipo, particular, é onde eu tenho um respaldo imediato. Eu já fui pro Pan de Areias, fui atendido rápido lá, mas, infelizmente, a gente tem que ter aquele procedimento de ir novamente pra marcar pra extrair, não sei daqui há quanto tempo, um negócio que você tá tendo dor naquele momento, não tem como esperar daqui há um mês ou quinze dias (HTBC).

É válido ressaltar que os serviços odontológicos nunca foram plenamente garantidos na rede pública, assim como os de saúde mental. Estes serviços se encontram num nível mais especializado da atenção, demandando insumos caros e reposição contínua e, portanto, acabam sendo capturados pelo *lobby* privado da saúde. Porém, sobre a questão da saúde mental, o usuário disse que estava bem servido, pois, quando precisou, foi referenciado pela USF Brasilit para o ambulatório LBT, no Hospital da Mulher, e conseguiu acessar o atendimento sem problemas:

Sim, sim! Bem tranquilo, aliás, eu já fui pros psicólogos do Hospital da Mulher, fui atendido super bem, em relação a isso, lá, eu fui encaminhado pela médica, que eu era atendido, quando eu tava tendo a gestação (...) Ela me encaminhou pra ir pro Hospital da Mulher, aí, eu fiz alguns, eu acho que umas quatro, cinco consultas lá, fui bem atendido, não tive nenhum problema de marcação, pra atendimento ou demora, foi bem pelo contrário, foi muito rápido e muito bom (...) Na parte de psicologia, na parte de ultrassom, lá, o atendimento é bom; a emergência também, não vou mentir, eu fui atendido rápido, lá (...) Tive lá minha filha (...) Foi parto normal, foi humanizado, os médicos me atenderam muito bem. Quando eu tava (...) porque tem uma hora que você tá no trabalho de parto, que você sente aquela fome, vamos dizer, e já tinha passado do horário da janta, aí, as meninas foram lá na copa, trouxeram uma janta pra mim, após o horário. Você vê que eles se preocupam com seu bem-estar e com o bem-estar do seu filho, e também, o da minha mãe. Elas trouxeram pra mim e trouxeram pra minha mãe, também (...) Tava de acompanhante, ela me acompanhou e, depois, chegou a madrinha da minha filha, que acompanhou todo o parto, ficou nós três na sala, todo o procedimento do parto, tudinho, foi muito bom, como se tivesse no hospital particular (HTBC).

De acordo com a narrativa, observa-se que os trânsitos do usuário pela saúde, durante a gravidez, antecederam a transição de gênero. É válido reafirmar que, durante toda a gestação, o usuário tinha uma corporalidade condizente com as normas sociais de gênero o que, sem dúvida, minimiza as chances de discriminação. Logo mais, teremos a oportunidade de verificar a experiência gestacional de outro homem trans, que gestou após a transição, para vermos que elementos se colocam no contexto de quem busca a saúde do lugar de quem tensiona as regras preestabelecidas.

Estas últimas entrevistas foram, de fato, as únicas em que adentrei o domicílio, o que deu uma visão mais ampliada das condições de vida e de saúde da família, constatando-se aí, riscos desde antes da circulação territorial. A começar pelo acesso ao domicílio, que é bem dificultado devido a uma escada, posicionada de forma íngreme, e bastante estreita. O espaço interno é pequeno, confinado, sem ventilação e iluminação naturais.

O HTBC iniciou diálogo sobre a saúde falando das suas buscas pelo Espaço Trans/UFPE para fazer acompanhamento clínico e cirúrgico do processo de transição corporal. Porém, como ainda não havia sido chamado pelo serviço, iniciou acompanhamento psicológico e psiquiátrico no Cisam, o centro que abriga a referência estadual para PTT. Em relação a outras questões de saúde, disse que tem buscado a unidade local, como também, outros níveis de complexidade:

Eu comecei procurando o Hospital das Clínicas pra fazer o acompanhamento da transição, e tudo o mais, pra conseguir, também, a cirurgia pelo SUS. A vacinação da minha filha fica no postinho de saúde, daqui de perto (...) Eu tô tentando conseguir a cirurgia do joelho lá no Maria Lucinda, só que tá adiando, toda vez, aí, eu tô tentando remarcar pra conseguir (...) A gente faz acompanhamento psicológico e psiquiátrico no Cisam, no Oswaldo Cruz (HTBC).

A parceira complementou, dizendo que, no momento, a assistência mais buscada se refere às questões da transição. Como o usuário conseguiu iniciar o acompanhamento no Espaço Trans/UFPE, ela vai continuar no Cisam, o serviço de referência do Hospital Oswaldo Cruz: “no momento, o que é mais recorrente, por enquanto, é em relação à psiquiatria, psicologia e vou começar agora a hormonioterapia, lá no Oswaldo Cruz” (MTBC).

Perguntei a ambos se a busca pelo acompanhamento psicológico se resumia à transição, ou demandava outras questões. O usuário explicou que a sua necessidade foi decorrente de uma gravidez para a qual não estava preparado, haja vista, o ineditismo de uma paternidade auto gestada que afetou, sobremaneira, a sua relação com o corpo, com as pessoas e com o mundo:

No meu caso, eu comecei o acompanhamento psicológico por causa da gestação e do parto. Na verdade, eu tava desenvolvendo depressão pós-parto e, aí, eu comecei esse acompanhamento pra eu poder lidar com isso. Era tudo novo, o que eu tava sentindo; pra eu poder entender o que tava acontecendo ali, tanto na minha cabeça, tanto fisicamente, quanto na relação nova que eu tava tendo, e tudo mais. Aí, comecei com a psicologia, por causa disso. A psiquiatria eu fui esse ano, mas, por causa da questão, tipo, a paternidade é cansativa, é estressante (...) É tudo isso, eu não tava conseguindo dormir. Então, eu voltei mais por conta dessas questões, pra lidar com a ansiedade e a mudança hormonal e de humor, de tudo que acontece, aí, meu requisito foi por causa disso (HTBC).

As circunstâncias inovadoras desta experiência revelaram questões importantes sobre

o funcionamento da rede. Diante da condição de abrigar uma gravidez num corpo reconhecidamente masculino, perguntei como foram os trânsitos pelos serviços de saúde, até a chegada na assistência pré-natal. A narrativa começou com a parceira descrevendo a procura pelo teste de confirmação da gravidez, ofertado na maternidade, que foi indicada como a sua referência territorial: *“Foi horrível, porque eles ficavam destratando o tempo inteiro”* (MTBC). O usuário dá continuidade:

E esse teste Beta HCG só fazia na maternidade; não fazia na parte da frente, da Policlínica, aí, a gente teve que ir pra maternidade. A partir daí, foi quando começaram alguns constrangimentos, porque meus documentos já são retificados. Então, eles ficaram: “o que é que tu táis fazendo aqui”, sabe? Aí, eu: “eu quero fazer o teste de gravidez”, aí, tipo: “pra quê? Ficava nessa coisa: “tu táis ficando doido”. Foi um processo bem cansativo. Quando a gente chegou na parte da triagem, já que eu fui atendido, as atendedoras ficaram, tipo: “como era teu nome antigo, aí, num sei o que”, fazendo esses tipos de perguntas (...). Era uma curiosidade que não tinha nada a ver com o motivo de eu tá ali (HTBC).

Deduz-se, do relato, que a força feminizante do ato de gestar deixou as(os/es) profissionais sem chão para o trato com o usuário. Até conceberem a possibilidade de pensar a gestação em um corpo masculino, submeteram o casal a uma sucessão de constrangimentos. Na descrição sobre os trânsitos por este serviço, foi revelado um acontecimento, compreendido por ambos como uma tentativa de reparar as experiências vivenciadas. Trata-se do aparecimento de uma placa identificando o público-alvo do atendimento, onde se passou a incluir homens trans. Porém, em que pesem as mudanças, o casal continuou na reincidência dos desconfortos, no que tange ao cotidiano do atendimento: *“Inclusive, até mudou, agora, recentemente. Eles fizeram uma reforma e lá tem uma placa dizendo que atende pessoas que gestam (...) Mas, vamos ver se foi uma cobrança que a gente fez”* (MTBC). O usuário dá prosseguimento à narrativa:

Pessoas com útero, ele botou pessoas com útero, aí, eu não sei se é uma placa pra dizer “Ah, a gente é inclusivo”, mas, profissionalmente, por dentro, não rola esse ensino entre os profissionais, essa sensibilização (...) Na época, rolou essas questões, esses constrangimentos, até a ponto dela falar, tipo: “sobe ali na maca e tira a calcinha”, aí, fiquei, tipo: “como assim?”. Tá, deixei passar, e quando se confirmou a gestação, a gente tinha feito um teste de farmácia mesmo, aí, tinha dado positivo e era uma coisa que, meio que, eu já sabia porque eu já tava há uns três meses sem hormônio e já, por isso, eu já conheço meu corpo, como ele funciona, aí, nunca atrasava e, então, tipo, já tava atrasado há uma semana, eu nunca senti algumas coisas e já tava sentindo, aí, eu fiz: “eu tenho certeza que é, eu vou fazer o teste só pra confirmar”, e confirmou. Aí, falei com Apollo (...) Eu conversava com Gabriel, que é um amigo meu, que ele tem um filho de cinco anos já, aí, ele pegou e falou com Apollo, aí, Apollo falou que ele fez atendimento com a doutora (...) na USF Brasilit e, aí, ele me passou o número dela pra eu poder falar com ela, aí, foi aí que eu comecei, que eu falei com ela e comecei a frequentar a USF Brasilit (HTBC).

Observa-se que, apesar de insinuar mudanças, o serviço continuava deslegitimando as particularidades de pessoas que destoam dos modos convencionados. A partir dessas informações, passei a focar na assistência pré-natal, para melhor observar os trânsitos do casal pela rede de saúde. A parceira disse que acompanhou o usuário quase que na totalidade das consultas pré-natais o que, para nós, é de extrema relevância, na interpretação dessa trajetória:

Noventa por cento das vezes eu acompanhava ele. Tinha vezes que eu tava trabalhando e não conseguia parar, mas, durante, mesmo, lá em Brasilit, nunca aconteceu nada, assim, de desrespeito, mas, a médica, também, ela ajudou muito em relação a isso, com a gente, até pra cuidar da saúde mental, do nosso corpo. Eu também procurei ajuda psicológica, mas, pra tratar problemas que não são relacionados à transição, mas, sim, aos traumas passados, pra que eu seja uma melhor mãe, pra eu não reproduzir o que meu pai era, por exemplo, e, até minha mãe. Então, meio que começou assim, mas, ela encaminhou pra que a gente fizesse o parto lá no Cisam, que seria o melhor lugar, que já tem prontuário Trans e tal e seria legal (MTBC).

O interessante no relato acima é que o êxito da USF Brasilit reaparece como algo que tem mais a ver com o protagonismo de quem está operando a assistência, do que com a funcionalidade da rede. O que não deixa de ser importante para minimizar os possíveis riscos de violação ao direito de acesso. A concordância em encaminhar o parto para uma maternidade de alta complexidade, independente dos protocolos convencionais, deixa claro que a médica estava imbuída de uma concepção de saúde para muito além da condição biológica, vez que o Cisam, além de abrigar uma maternidade de alta complexidade, abriga, também, o Centro de Referência no atendimento de PTT. Não podemos deixar de pensar que a assertiva da médica tenta suplantar o despreparo da rede em lidar com estas demandas, sendo aí introduzido um novo sentido de risco, não restrito à questão biológica, que toma o sujeito em sua integralidade.

Porém, quando pensamos na importância da integralidade de saúde para PTT, nos deparamos com um sistema que corre no contrafluxo da sua efetividade. Santos *et al.* (2021), refletindo sobre os obstáculos da assistência à saúde de pessoas trans no Rio de Janeiro, sinalizam um descompromisso das gestões com as políticas sociais devido, principalmente, à ofensiva capitalista, onde está previsto o desfinanciamento da seguridade social, distanciando as chances de concretude da PNSILGBT. Mas, em se tratando de PTT, a concretização de estratégias que afirmam as particularidades destas existências não deixa de ter a sua importância, principalmente quando procedem das(os/es) próprias(os/es) usuárias(os/es).

Ainda no diálogo com a parceira, identificamos uma procura prévia do usuário pela maternidade do Cisam para conhecer a sua dinâmica de funcionamento, no sentido de prevenir riscos de violações. Ela esclareceu que o pedido de encaminhamento para a

maternidade do Cisam partiu do próprio usuário, vez que o mesmo já tinha experienciado negativamente a ida aos serviços ambulatoriais da sua maternidade de referência. A médica acatou de pronto, procedendo com as articulações prévias, no sentido de consumir o pedido: *“Pronto! Ele pediu a ela para ser lá, e ela conversou lá, e ela conseguiu, mesmo sendo lá de alto risco; e ele era pra ser pra parto normal, só que, enfim, deu certo”* (MTBC). O usuário complementa:

Como a gestação foi de baixo risco, aí, a maternidade recomendada por onde eu moro, na Macaxeira, a mais perto é a Barros Lima, mas, como eu tinha passado esses constrangimentos, e tive amigas que tiveram filhos lá e todas eram mulheres cis e sofreram violência obstétrica (...) Mas se elas, mulheres cis, sofreram violência, imagina eu como homem trans, que já sofri constrangimento desde a entrada (HTBC).

O depoimento sugere que a prática da violência obstétrica está presente na unidade de saúde materna para o qual o usuário foi referenciado e, para fugir desse roteiro, precisou construir estratégias de deslocamento para outro serviço, conforme abaixo:

Aí, eu não queria, lá, de jeito nenhum, aí, procurei outros lugares, inclusive, a gente fez até a visita, lá, no Cisam pra ver como é (...) Uma enfermeira lá fez o passeio com a gente, mostrando tudo, onde que ia ficar, as coisas, onde que a gente ficaria, como é que funciona, tudo mais, mostrou as salas de parto (...) Já tinha uma vontade, aí, depois da visita, que a gente foi super bem tratado pela enfermeira, pelo pessoal de lá; “Não! É aqui que eu quero ter minha filha, porque eu acho que vai ser bem menos constrangedor” (HTBC).

É válido ressaltar que, mesmo o usuário abrigando uma gestação em seu corpo, questão colidente com a força feminizante da condição reprodutiva, o desrespeito à sua masculinidade novamente se faz presente, quando da necessidade de retorno à unidade de referência:

Aí, aconteceu, até, da gente precisar voltar na Barros Lima, porque eu tinha feito um exame, um ultrassom, bem no finalzinho da gestação, foi bem depois que eu peguei Covid e tudo mais. Fiz até o teste lá, e passei um constrangimento, nesse momento que eu fiz o teste da Covid, porque eu já tava com trinta e alguma coisa de semanas, e, aí, quando eu fui lá, disseram: “não, como você já passou de vinte e cinco semanas, você tem que fazer o teste na maternidade”, aí, eu fui pra maternidade e, aí, começou, novamente, tudo de novo. Tipo, eu dei meu documento, já tava retificado, desde dois mil e dezoito. Quando dei meu documento e ele, ainda, colocou meu nome errado. “Meu nome é Christian”, e ele botou Cristina e, aí, quando a mulher chamou, eu fiquei: “você tá chamando Christian ou Cristina?” “Não! É Cristina!” “Então, não sou eu! Eu vou sentar aqui e esperar”. Aí, o cara que tinha pego meu documento: “Não, é você!” Eu disse: “como é que sou eu, se o nome tá errado?”; aí, eu fui até lá pra ver, aí ele disse: “tá Cristina Lean”, aí, eu disse: “não! É Christian Lean!” Aí, ele: “mas seu documento é retificado”. Eu disse: “há muitos anos”, eu mostrei o documento. Aí, ele disse: “então, eu vou lá pra ajeitar”. Já tava com o documento, não tinha o que errar, aí, eu tive que esperar o tempo dele ir lá, trocar, refazer o prontuário, pra poder eles me atenderem, pra me

encaminhar pro teste de Covid. Aí, beleza, saiu! Demorou pra caramba, mas, saiu o teste, tava com Covid, tinha que ficar em casa, fiquei em casa as duas semanas, não saí pra canto nenhum, pronto, melhorei (HTBC).

A necessidade de passar por uma avaliação obstétrica leva o casal a procurar, novamente, a maternidade do Cisam e, lá, foram bem recepcionados. Porém, o usuário precisou permanecer na internação para fazer um exame no dia seguinte. É o que mostra o relato abaixo:

Aí, teve mais ou menos duas semanas depois, aí, teve esse ultrassom, aí, fui lá e o médico pegou e disse que eu tava com pouco líquido amniótico, aí, eu falei pra minha doula (...) falei com ela e falei com a doutora, as duas me informaram pra ir na urgência, pra ver, porque, isso é uma coisa, assim, pra se preocupar e qualquer coisa era pra eu dar uma resposta a elas, aí, a gente pegou e foi diretamente no Cisam, não fui na Barros Lima, já fui direto pro Cisam, porque a informação que eu tive da médica é que, dependendo da situação, eu poderia até adiantar o parto, aí, eu já fui diretamente pra lá porque se fosse, já tava lá, aí, quando cheguei lá, o meu prontuário era antigo, aí, ele tava com o nome Christian como social, aí, ele pegou, imprimiu meu nomezinho, tava tudo certo, só que no prontuário tava outro nome, aí a enfermeira pegou e fez: "oxe, o nome tá errado. Mas, você já trocou o documento?", eu disse "já", aí, ela disse: "pois, me dê aí que eu vou lá nos arquivos; que eu vou trocar, pra você já subir e se internar com o nome tudo certo, pra não ter problema". Aí, demorou um pouquinho, ela foi, lá, fez a mudança todinha, por mim, eu não precisei fazer nada, aí, ela fez tudo, quando voltou, meu nome tava tudo certo, eu não precisei mexer um dedo, eu achei maravilhoso. Não era obrigação dela, mas, ela fez, que isso era obrigação minha, que eu tinha que ir lá atualizar; ela fez isso por mim pra eu subir e não passar nenhum constrangimento. Pra mim, já foi um alívio, aí, precisei ficar internado porque a hora que eu cheguei lá, não tava mais acontecendo os ultrassons, aí, eu tive que esperar o outro dia de manhã, aí, o único constrangimento, nesse dia, que eu passei lá, foi com as pacientes (HTBC).

Optei por trazer estes relatos do usuário gestante, em razão de serem emblemáticos para esclarecer a ausência de direitos de PTT e as diversas violências a que estão expostas(os/es), quando deveriam ser protegidas(os/es) em atendimentos na saúde. Assim, a autorização para parir numa unidade de alto risco, para o qual não estava originariamente referenciado, foi uma forma de buscar atendimento humanizado:

Nesse dia, os profissionais foram ótimos. O problema foi mais com as pacientes. Aí, descobriram que o líquido amniótico tava tudo normal. Então, eu poderia ir pra casa e, aí, ela, até, falou assim: "como o seu é de baixo risco, você já vai pra outra maternidade", eu disse: "não, eu conversei com a minha médica, ela falou com o diretor da maternidade, que eu ia fazer aqui", aí ela: "foi?", eu disse: "foi!". Aí, ela imprimiu um documento, já dizendo que era pra eu voltar pra lá pro Cisam, em caso de entrar em trabalho de parto. Aí, eu fiquei com esse documento, voltei pra casa e, quando entrei em trabalho de parto, aí, eu fui lá pro Cisam, aí eu fui atendido por um médico, na triagem, pra poder ele fazer o teste de dilatação (HTBC).

A partir daí o usuário passou a discorrer sobre o que considero como o momento mais peculiar de toda essa trajetória, no que concerne às barreiras de acesso às pessoas que, como ele, reivindicam outras formas de expressão. Num sistema que mostra, a todo momento, o quanto a diversidade não é bem-vinda, apesar das garantias constitucionais. Só sinaliza o quanto precisamos avançar na efetividade de uma lógica que compreenda definitivamente que a diferença é parte da vida e, portanto, da ação do Estado:

[...] aí, ele fez: "você tá com seis de dilatação, aí, eu vou chamar uma ambulância pra lhe levar pra uma outra maternidade", aí, eu disse: "Não! Mostrei, inclusive, os documentos imprimidos, tá tudo certo pra eu ter aqui, minha médica falou com o diretor, e tudo mais", aí, ele disse: "Não! Você é de baixo risco, a gente tá cheio, você é de baixo risco, você vai ser encaminhado pra outro lugar", aí, eu disse: "Não! Tá tudo certo pra eu fazer aqui, e eu vim pra cá pra isso", aí ele: "eu não concordo, num sei o que lá, eu acho isso errado", aí, eu disse: "mas, já tá tudo certo com o diretor". Ele ficou discutindo comigo, aí, ele disse: "eu vou falar com ele pra ver, vou falar com o pessoal". Aí, nesse exato momento, eu falei com a minha médica, aí, ela falou novamente com o diretor, aí, quando ele foi falar com o pessoal, o diretor já deixou certo que era pra eu ir pra fazer lá e, aí, quando ele voltou, pra poder fazer os testes em mim, pra me internar, aí, já não foi mais esse mesmo médico, ele já não voltou a me atender e, aí, foram outras médicas, uma enfermeira, não sei, que fizeram meu acolhimento, porque ele não quis mais me atender (...) E o resto foi tudo, não vou dizer que foi tranquilo, porque, eu tava morrendo de dor, eu não lembro de quase nada, aí, é mais ela, que a única coisa que eu lembro é da dor e dela sair e eu ter esse momento de tipo: "meu Deus, onde que eu tô", foi só isso que eu lembro (HTBC).

Pela reação do médico da triagem obstétrica do Cisam, podemos supor que há protocolos e rotinas que organizam o atendimento das maternidades por nível de complexidade, mas, com base numa lógica voltada, apenas, para a questão biológica. A indicação para esta maternidade levou em consideração as sucessivas violações previamente sofridas na maternidade para a qual o usuário havia sido designado. Foi, exatamente, por sentir o despreparo deste serviço, em lidar com as suas demandas, que o usuário fez o requerimento de ir para outra maternidade, onde teve a oportunidade de conhecer e ver que dispunha de uma maior chance de ser melhor acolhido. Só que o sistema de saúde não está preparado para reconhecer estas questões como legítimas e partícipes do processo de cuidado em saúde. Em uma outra revisão de literatura sobre a problemática do acesso de PTT à saúde, Nascimento, Sousa e Barros (2018) encontraram que a discriminação é um fator que desqualifica a intervenção profissional no manejo das demandas desta população, realçando a importância dos relatos de PTT para se pensar a saúde a partir de novas possibilidades.

Na fala abaixo, o usuário retoma as problemáticas com a maternidade que lhe foi indicada como referência no território, ressignificando o seu percurso, considerando as suas

particularidades:

E, assim, se as minhas amigas mulheres cishétero, que tava lá, (na maternidade do bairro) e sofreram violência dos médicos, dos médicos destratarem, fazer pouco caso pro sofrimento delas (...) Minha amiga mesmo passou dois dias de trabalho de parto, sofrendo, com dor, pra ele encaminhar pra uma cesárea. Então, assim, foi uma violência o que eles fizeram, porque trocou de turno e continuou essa violência. Imagina com homem trans, sabe? Deles terem alguma coisa, não sei, se o médico tem algum preconceito, se é transfóbico, ou não, e ele aproveitar esse momento para fazer mais preconceito, então, não era um lugar que eu tava me sentindo (...) que eu ia me sentir tranquilo, porque já não é um processo tranquilo. Eu sofri pra caramba, eu botei, exatamente, tudo que eu tinha dentro do meu corpo pra fora, eu fiquei constrangido por causa disso, mas, é uma coisa normal do corpo e, ainda, eu ter que me preocupar com essas coisas do médico, não era isso que eu queria. Então, eu já procurei mais cedo ir lá e tudo mais, ter essa visita, a diretora de lá até se espantou. Ela disse: "ninguém faz isso", "ninguém visita a maternidade", aí, eu disse: "mas, é porque eu tô planejando isso". As pessoas, simplesmente, só esperam o momento pra fazer, e eu tô planejando isso, é uma coisa que eu tô buscando, a minha segurança. Então, é uma coisa planejada. Se não fosse assim, qualquer coisa eu chamasse uma ambulância, qualquer lugar que a ambulância fosse me levar ia ter que ser, mas, não, eu vou planejar, eu me organizei, peguei Uber pra chegar lá mais rápido, me preparei pra isso, me organizei pra ser lá. Porque lá como tem esse espaço trans, tem essa sensibilização dos que atendem (...) Então, eu achei que, mesmo eu sendo de baixo risco, era ali que eu tinha que ser, que eu seria bem mais acolhido, que é como aconteceu, fui mais acolhido, só teve aquele médico da triagem, mas, o resto, tudo foi supertranquilo (HTBC).

Na descrição do percurso para a realização do parto, o usuário deixa claro que não pode ser secundarizado nos protocolos convencionais, por apresentar particularidades que colidem com a experiência de pessoas que estão em divergência com as regras impostas ao corpo. Neste sentido, surgiu uma reflexão por parte de ambos que, a meu ver, agrega novos conceitos à ideia convencional sobre *riscos em saúde*, representando mais uma importante contribuição para se avançar com uma perspectiva mais equânime:

Eu acho que eles têm que começar a entender que pras pessoas trans, pra os homens trans que gestam, mesmo que na situação de tá parindo, mesmo que seja baixo risco, o alto risco tem outros requisitos do que só a hora do parto, porque você pode não sofrer uma violência obstétrica, mas, passa por outras coisas que podem ser perigosas, então, não deixa de ser um alto risco (...) Alto risco, não como se fosse uma, tipo, uma prioridade, igual a idosos e coisas assim (...) Isso porque, se não, pronto, eles podem ter um protocolo de atender pessoas trans em qualquer maternidade e eles vão atender, beleza. Só que a gente não sabe quem são os profissionais dali. Eles estão ali como médicos e a gente conhece que eles são médicos, mas, a gente não sabe quem é aquela pessoa, de fato. Então, ele pode, sim, manipular alguma coisa, assim, pra deixar qualquer um homem trans gestante passar dor, ali, porque ele não quer atender (MTBC).

Seguindo na direção do que significa *riscos em saúde*, o usuário dá prosseguimento ao diálogo:

Principalmente, assim, tipo, a gente não é profissional de saúde pra entender o processo, tanto fisiológico quanto burocrático, dentro de uma gestação, tipo, o que precisa fazer, o que é isso, o que aquilo, tipo, a gente não sabe essas coisas. Mas, ele não deveria, como ela disse, manipular alguém pra fazer a pessoa passar por uma coisa que não teria necessidade, sabe? Uma coisa que aconteceu lá no CISAM, é uma coisa que eu lembro, é que eles perguntaram tudo, tipo, minha bolsa não tinha estourado, mas, eu já tava aumentando a dilatação, aí ela perguntou: "você quer que eu estoure a bolsa pra acelerar o parto?", aí eu disse: "não sei", ela disse: "se acelerar, vai sair mais rápido e você vai sofrer menos tempo", eu disse: "vai?", aí, foi e estourou. Aí, depois, lá na sala do parto, eu tava fazendo força, eu levantava de dor, aí ela falou: "olha, eu tô vendo a cabeça, só que o músculo tá impedindo dela passar. Você quer que eu faça o corte pra poder ela passar?", aí eu fiquei, tipo, "não sei", aí, Mari olhou e disse: "realmente, tá impedindo de passar", aí, ela pegou e falou: "olha, a gente vai dar uma anestesia local pra poder não doer na hora do corte, aí, a gente corta retinho, direitinho porque pode ser que quando ela passar, ela rasgue, aí, não vai ficar tão certo na hora de fazer os pontos". Ela explicou tudo direitinho, me perguntou, deixou sempre na minha escolha, assim, coisas que, nos relatos dos meus amigos, ou de outras pessoas que eu acabei vendo muito, quando eu tava nesse meio, de pesquisar sobre gestação e parto, eu via muito o pessoal dizer: "ah, o médico só chegou e cortou, uma dor do caramba e não sei o que, nem perguntou nem nada", sabe? Enquanto eles, tudo me perguntaram, essa sensibilização que eles tiveram, que poderia ser que eu nem soubesse que eu tinha esse direito de ter esse tratamento, tá entendendo? (HTBC).

A parceira adensa a discussão, trazendo as concepções sobre riscos em saúde para uma perspectiva inclusiva da diversidade humana:

[...] de não ter que, literalmente, você chegar ao ponto de ter um risco biológico pra ser considerado um risco. Isso vai depender muito, desde a entrada até a saída, porque, até como uma mulher cis, por exemplo, ela pode ter uma deficiência, ou alguma condição e ela pode ser destratada por isso também. Então, o alto risco não é só quando o bebê está morrendo ou quando a pessoa que gesta tá morrendo. É a pessoa sentir a segurança de que vai ter as condições (...) que vai ter segurança, do início até o fim, não só quando é, literalmente, um risco porque, se você pensar sobre isso, nessa linha de pensamento, você vai pensar que ser alto risco é que você vai morrer, que alto risco é que a criança vai morrer. Isso atrapalha, até, no quesito do entendimento, porque a pessoa vai pensar que empurrar o bebê pra fora tem o risco do bebê morrer. Então, tem todo um atendimento que deveria já ser diferente, até porque, a gente já está em outros tempos, já, talvez, isso seja bem ultrapassado, que eles precisam atualizar (MTBC).

A narrativa deixa claro que precisamos repensar a ideia de *alto risco*, visto que, além de restringir-se aos corpos como se fossem unidades homogêneas e apartadas da realidade, ainda aproxima mais a(o/e) sujeita(o/e) da ideia de morte, como foi pontuado. O que está sendo dito pela parceira coloca em xeque o próprio ambiente hospitalar, que já deveria ser considerado um lugar de risco, pois, é procedente que não basta ser uma(um) profissional para se ter a garantia de que não haverá violações. Não podemos esquecer de que fazemos parte de uma sociedade onde o preconceito é um ordenador da vida, e não podemos nos abster desse

fato para pensar o cuidado em saúde. Bento (2006), pesquisando as motivações de usuárias(os/es) trans que buscaram o Hospital das Clínicas de Goiânia para fazer transformações corporais, verificou que as relações estabelecidas com o hospital e com a equipe técnica eram fundadas numa hierarquia, com supremacia do saber médico, estando muito distantes da ideia de direito e de cidadania, conforme prevê o SUS.

Mas, mesmo diante da verticalidade das relações estabelecidas em serviços de saúde, observa-se que o nosso usuário conseguiu fazer alianças com algumas(uns) profissionais. Porém, quando as dificuldades com o atendimento extrapolaram estas alianças, os problemas começaram a reaparecer, independentemente do nível de complexidade da atenção. Vejamos o que este jovem casal tem a dizer sobre as dificuldades com a unidade de referência, no bairro de residência:

A agente de saúde, ela vem, só que ela tá doente, ela tá internada, agora, aí, ela não tá mais nesse diálogo, aí, não sei como eu vou fazer, porque eu tô querendo marcar nutricionista, aí, disseram que eu tinha que ir lá na unidade pra poder marcar. Eu tô com a solicitação do endócrino, que ele me encaminhou pra nutricionista, só que, lá, também, no HC, não tá marcando, aí, me disseram que eu tinha que vir (...) Aí, é outra coisa que eu tenho que ver, porque tem que chegar muito cedo, porque tem poucas fichas, que eles dão, e tem gente que chega lá, quatro, cinco horas da manhã pra conseguir ser atendido. É pouca ficha, tem que chegar muito cedo pra começar o atendimento nove, dez horas (...) É bem difícil conseguir a ficha pra atendimento, nesse quesito. Quando é vacina, é só chegar lá e vacinar, mas, esses atendimentos, de conseguir marcar as coisas, é bem difícil (HTBC).

Como se observa, as dificuldades para agendamento de consultas na unidade de referência não diferem das problemáticas elencadas pelas(os/es) outras(os/es) usuárias(os/es) entrevistadas(os/es):

[...] e aqui eu chegava cedo, esperava, ficava com fome, porque tem que ficar lá esperando, o frio, o calor, o que fosse, e quando conseguia ser atendido, para marcar o exame, não tinha vaga. Então, era um tempo que eu passava lá, perdido, que eu podia tá fazendo outra coisa, podia, até tá dormindo, descansando (...) Então, é esse acesso, que devia ser mais facilitado, que é uma coisa base, de você fazer um exame de rotina. Quem tem condição de fazer particular, faz. Mas, tipo, quando eu tava sendo acompanhado pela médica da Brasilit, lá no HC, que eu tinha que fazer o exame, eu dizia: "pô, eu vou ter que acordar muito cedo. Deixa eu ver quanto é o preço no particular". Era mais de cem conto, eu não tinha condição de pagar, aí, eu tinha que acordar cedo pra ir pra lá (...) Até muitas mulheres trans, que tão em condição de rua, elas também têm direito a esse serviço, né? (HTBC).

O relato informa que o problema do acesso ao SUS não foi sanado, haja vista as filas de espera, a exposição ao relento, na rua, de madrugada, para se conseguir uma vaga, sendo este um problema extensivo à população em geral. Apesar dos 35 anos de existência do SUS, os problemas de origem persistem. Estas dificuldades são ainda maiores para grupos

populacionais mais vulneráveis, como idosas(os/es), pessoas com deficiência, pessoas negras e PTT, como mostra esta fala:

[...] porque, por desespero mesmo, elas injetam óleo mineral, essas coisas, assim, no corpo, e desce, e pronto! Pode ir pro coração. Esses casos que a gente fala, é mais da vivência da gente, mas, (...) a gente não quer, por exemplo, que todo posto de saúde tenha condição de fazer uma cirurgia de prótese. São esses básicos que dá pra fazer, que deveria ter pra todo mundo (MTBC).

A narrativa traduz as drásticas consequências das intervenções clandestinas para a saúde de PTT, potencializadas pela falta de acesso à porta de entrada. Para o usuário, as problemáticas encontradas neste nível de complexidade foram as seguintes:

[...] os básicos, principalmente, saber encaminhar, como encaminhar, pra onde encaminhar essas pessoas porque, por exemplo, se eu chegar ali no posto e eu quiser um atendimento específico, uma coisa que não seja do básico, eles não vão saber pra onde me encaminhar. Tipo, ah, eles não sabem que no Cisam tem um espaço trans, eles não sabem que no Lessa tem um espaço LGBT (HTBC).

Nas abordagens sobre o desconhecimento das(os/es) profissionais em relação à rede, o usuário está tentando dizer da dificuldade em ser acolhido, em ser reconhecido nas suas especificidades. E essa questão não está restrita à atenção básica. Como PTT não integram os protocolos convencionais, acabam sob o risco de serem negligenciadas, tanto na assistência primária, como em outros níveis de complexidade.

Eles não conhecem a rede de como encaminhar essas pessoas, pra onde encaminhar, eles não sabem, eles só têm aquela coisinha básica, ali, de tipo, a pessoa quer psicólogo, encaminha pro sistema, pra ver se tem vaga, é assim que eles funcionam. Até o CAPS, também, que já é uma coisa voltada pra saúde mental (...) eles não sabem como encaminhar, pra onde encaminhar, os serviços que eles podem encaminhar, eles não sabem. Há uns dois anos atrás eu tive uma crise, eu tava numa crise muito depressiva, eu fui no CAPS pra ter esse atendimento, mais emergencial do que o posto, e aí, eles: "a gente não tem o que fazer pra você aqui", aí, me disseram pra eu ir pro Hospital Ulisses, que é emergência psiquiátrica (...) Mas, quando cheguei lá, a médica ficou, tipo, me tratando com desdém, foi até o momento que a gente tinha se separado, aí, tipo, eu disse que essas crises tinham piorado depois disso, mas, já era uma coisa que eu já tinha, que tava só piorando. Ela fez o diagnóstico dela, foi, tipo, "tristeza após término" (...) Assim, beleza! Lá é um atendimento emergencial, pro pessoal que tá em surto psicótico, e tudo mais, sendo que o CAPS não teve esse auxílio pra mim. No posto, ia ter que esperar, eu ia ter que ir no clínico geral pra ele me encaminhar, pegar um encaminhamento pro psicólogo, pra eu poder esperar na fila pra ser atendido, pra chegar lá, pra me botar na fila do sistema, pra ser atendido, arrumar uma psicóloga. Então, esse tempo de espera não era o que eu podia esperar, aí, eu fui no CAPS porque já era uma coisa mais emergencial e não tive resposta (HTBC).

A emergência psiquiátrica subestimou o problema apresentado mostrando que, de toda a trajetória do atendimento, a parte mais lúcida, no tocante à interpretação do problema,

pareceu ter sido a do próprio usuário que, em geral, não é considerado na hora de se definir o plano de cuidado. O que, para nós, sinaliza a importância de se garantir uma escuta ativa, mesmo em serviços que têm uma dinâmica mais iminente, pois, é exatamente a condição emergencial, ou mesmo, o caminho para ela, como foi descrito, que precisa ser interpretado em tempo hábil de prevenir maiores danos à saúde e à vida. Vejamos o desfecho deste atendimento:

Assim, aquele emergencial, não tão urgente, é, tipo, aquela coisinha amarelinha, porque tem o verde, o amarelo e o vermelho. Pra mim, aquele era o amarelo, é quase tão urgente quanto, é urgente, mas, dá pra esperar um pouco mais do que o pessoal que tá no vermelho, né? Só que, aí, ela me encaminhou pra um pessoal que tá no vermelho, aí, quando eu cheguei lá, o médico que tava atendendo o pessoal do vermelho, me tratou como se eu fosse um verde (...) Eu não conseguia fazer nada, eu acordava, trabalhava, voltava e ficava, tipo, jogado na cama, e não fazia nada, jogado no sofá, chorando, sem ter o que fazer. Bebia muito, fumava muito, eu nem fumo cigarro, eu nem gosto de cigarro, e eu fumava cigarro, muito cigarro, um atrás do outro. Eu tava querendo alguma coisa, eu busquei ajuda psicológica por causa disso, e aí, quando cheguei lá: "ah, é tristeza pós término, toma isso", como se fosse, assim, toma rivotril e vai pra casa (...) Podia pegar esse medicamento por lá mesmo, lá no Ulisses e ela não avisou, aí, tipo, eu tava saindo, eu fui, até, com um amigo que tinha me levado lá, e aí, tipo, eu cheguei relatando as coisas, aí, ele disse, ele que me questionou: "vamos perguntar a ela direito onde faz pra pegar isso", ele que se movimentou pra me ajudar, porque eu não tava com cabeça pra isso, aí, por graças a ele eu consegui pegar o medicamento lá, pra uma semana, que era o tempo que eu ia me tranquilizar um pouco pra poder conseguir ir em outro lugar. Foi quando eu consegui ir no Oswaldo Cruz, sabe? (HTBC).

Tudo indica que o percurso em busca de saúde continua bastante sinuoso, o que vem a reafirmar a ausência de integralidade do atendimento. O relato evidencia as fragilidades da lógica de referenciamento do sistema, de encaminhamento, deixando nas entrelinhas a dúvida sobre qual o modelo de atenção à saúde que está vigorando no município.

A seguir, serão destacadas mais situações emblemáticas nestas trajetórias. A primeira, diz respeito à busca do usuário por uma cirurgia de joelho:

As outras questões de saúde, como o joelho, ou outra coisa que a gente tem, é bem mais difícil de conseguir. Por exemplo, o médico do joelho, mesmo, demorou uns quatros meses pra conseguir ser marcado pra ele. Eu peguei o encaminhamento com a médica de lá, da Brasilit, marquei por lá mesmo (...) aí, fiquei esperando, porque fica pendente, porque, quando você faz a solicitação fica pendente, aí, ficou pendente uns quatro, cinco meses e, aí, marcaram pra mim lá no Maria Lucinda (...) Aí, eu fui lá fazer o atendimento com ele, eu não gostei muito porque foi uma coisa muito rápida, ele não conversou diretamente comigo, ele só viu os exames e falou: "é cirúrgico". Vai lá marcar não sei aonde e fazer esses exames", tipo, ele não me explicou como é que vai fazer a cirurgia, quanto tempo demora, o que eu vou precisar; não teve essa conversa, fora que, tipo, por duas vezes, já que ele marca no dia, e quando tá chegando no dia, ele diz pra eu ir lá remarcar, ao invés deles mesmos remarcarem, pra eu não ter que perder

meu tempo de ir lá remarcar (...) Ainda não operei porque tô esperando desde a primeira vez que tinha marcado, tinha sido cinco de dezembro. A gente já tá em março, aí, eu vou tentar remarcar pela terceira vez (...) Ele fica mandando de um lado pro outro, eu chego, aí, ele atende só nas segundas-feiras de manhã porque, de tarde, ele faz as cirurgias de emergência (...) Aí, eu pego e chego lá, aí, tem que esperar, esperar o pessoal ser atendido pra ele me atender, pra quando chegar lá, é literalmente isso, ele vai ver a agenda, ele vai dizer o dia, a mulher vai dar as coisinhas da solicitação dos exames pra eu fazer, que eu tenho que refazer tudo de novo, porque não serve, de seis em seis tem que tá refazendo, aí, ela pega ressolicita pra mim, aí, eu tenho que pegar esse exame, ir lá e dizer: "olha, ela remarcou pra esse dia, tal, num sei o que", aí, ele pega e vai e atualiza todo o sistema lá pra organizar a minha internação naquele dia, aí, quando termina, eu tenho que ir no outro lado do laboratório pra marcar o dia dos exames e, ainda, tem a questão do parecer cardiológico que eles não fazem lá, eu tenho que pagar por fora. Aí, fica nessa coisa, aí, faz todos os exames, tá tudo certo, aí, tem que remarcar a cirurgia, aí, tem que fazer tudo de novo, aí tô nesse processo, ainda, sem conseguir. Lá é muito difícil de você conseguir conversar com qualquer pessoa. Eles ficam lhe empurrando de um lado pro outro, e ninguém resolve (HTBC).

Ainda que de forma alongada, a narrativa não poderia deixar de ser retratada, dada a sua capacidade de traduzir a realidade que, por falta da necessária interceptação, acaba se tornando uma rotina bem mais adoecedora, do que, propriamente, reabilitadora. A falta de resolutividade nas várias complexidades se espraia e se pereniza, sem ter visibilidade que lhe capacite sair da latência, para se tornar objeto da intervenção do poder público.

Um outro problema de saúde, cuja parceira foi acometida, tem a ver com o tratamento de problemas oculares, ocasionados pela suspeita de uma toxoplasmose que, por falta de um acesso resolutivo, lhe deixou sequelas que estão limitando a sua capacidade laborativa e comprometendo a sobrevivência familiar: *“Pronto, inclusive, tu pode até falar da toxoplasmose, porque tava no auge da pandemia, a gente tinha gatos em casa e a minha gata teve filhotes. A gente já tinha três gatos e ela teve cinco filhotes”* (HTBC). O usuário, então, resolveu antecipar o contexto, onde tudo aconteceu:

[...] eu vou dar só o contexto, pra tu falar. Aí, os gatos cagavam e mijavam em todo canto da casa, a gente não tinha controle porque era filhote, aí, acabou que, nesse processo, ela foi contaminada pela toxoplasmose, e, aí, ela tava sentindo um negócio no olho e a gente foi procurar a UPA pra isso, que a gente não tinha nenhum meio, na época. A gente não morava aqui, a gente morava em Campo Grande. A gente não conhecia a unidade de saúde de lá, nem nada, e como tava na pandemia, a gente sabia menos ainda, como tava funcionando as coisas. Aí, a gente foi no Altino Ventura, que eles falaram que era urgência oftalmológica (...) Aí, a gente foi lá, só que a gente chegou lá, ele disse: “a gente só atende aqui com encaminhamento pra cá, de cirurgia, ou caso seja com negócio no olho, agora, por causa da pandemia. Então, você vá pra UPA do Ibura, que os médicos daqui tão lá”, aí, a gente foi pra lá e, agora, você pode falar também (HTBC).

Após o usuário situar as dificuldades decorrentes da falta de resolutividade na prevenção de possíveis danos à saúde, agravadas pela pandemia do Covid-19, a parceira assume o comando do diálogo, detalhando a sua peregrinação:

Até chegar ao ponto de eu ser atendida, foi um caos; demorou muito tempo, mas, o pior foi quando eu fui atendida e eles ficaram, literalmente, uns trinta minutos pra mais com aquela luzinha dos infernos no meu olho pra saber o que poderia ser, pra saber se era um falso positivo de alguma coisa. Até aí tudo bem, que eu precisava fazer um exame pra que eu pudesse saber o que era, porque, poderia ser um falso de alguma coisa que causa isso. Só que eles disseram: "olha, você tem que fazer o exame e você vem o mais rápido possível", aí, eu disse: "tá". Não disseram o que era, não me medicaram, não fizeram nada, e pediram um exame (...) Foi quando a gente descobriu que era um exame que pra ter o resultado demorava dois meses. Então, assim, quando teve os dois meses eu já tava infectada, eu já tava, literalmente cega, tive lesão ocular do lado direito e a minha visão, ela é baixa por conta disso. Aí, eu vou dizer, foi por irresponsabilidade do médico que, agora, eu sou deficiente sensorial, exatamente, por causa disso. Que mesmo que eles dissessem, "ah, eu acho que é isso", mas, pelo menos, medicava ali (...) Já que eles tinham uma certeza, só precisava fazer por precaução, fazer, entendeu, porque eles já sabiam (MTBC).

O usuário adensa o desfecho:

[...] ou encaminhava pra algum outro lugar que fizesse, tipo, o Altino Ventura, sabe? Mas, não! Ele só, tipo, você tem que fazer esse exame, pronto! Aí, deu alta, sendo que não era pra ter alta porque ela tava bem pior, tava cega (...) E aí, foi quando ela conseguiu marcar, porque foi até a médica da Brasilit, que deu um encaminhamento pra o oftalmologista, pra ela fazer o exame dos óculos e ver essa questão, aí, ela pegou e disse que já tava cicatrizando (...) Só que ficou bem no meinho do olho, da íris (...) Não tem mais o que fazer, a única coisa que ela pode fazer é um exame pra comprovar isso (HTBC).

Novamente, a médica da USF Brasilit entra em cena, cumprindo um papel que deveria ser extensivo à toda a rede. O sentido da realização do exame, diante dos graves problemas que se estabeleceram era, “*pra comprovar, pra eu conseguir, ou aposentar, ou ter algum auxílio, porque isso atrapalha muito o serviço da pessoa*” (MTBC). E segue com a sua narrativa:

No olho, de vez em quando volta, entendeu? E atrapalha minha luta todinha porque eu não enxergo (...) O pior é que eu derrubo tudo, eu esbarro em tudo (...) Fora, que ele pode se ativar e se expandir pra outros lugares, também (...) A gente nem sabia que isso existia! (MTBC).

Destas vivências, podemos dizer que estamos diante de um caso de negligência médica, pois, se havia problema e poderia ter sido feito algo, por que não foi feito? Por que não foi esclarecido do que se tratava? Permanece o tratamento de subalternidade entre médica(o/e) e paciente, onde a dor da(o/e) outra(o/e), ou o sofrimento alheio não integra o plano de cuidado em saúde.

Caminhando para o fechamento destas entrevistas, indaguei sobre o que sugeririam para potencializar a capacidade resolutiva da saúde pública, e o usuário fez destaque para a necessidade da incorporação das demandas da transição corporal na rotina da atenção básica:

Os postos, eles servem pra melhorar o quesito da saúde; os postos de saúde servem pra flexibilizar, nesse quesito, pra gente não chegar a ter que ir pros ambulatorios (...) então, por que não tem alguma coisa relacionada às pessoas trans, também, já que a gente faz parte disso? (...) Um quesito que poderia ajudar seria, por exemplo, a hormonização, ou então, um direcionamento psicológico, nem que seja básico, mas, que pra ajudar nisso, pra ajudar em encaminhamentos, também, pra pessoas trans porque, quando você toma o hormônio, precisa, entendeu? (...) O hormônio, ele influencia muito na cabeça da pessoa. Então, se tomar isso, tem que ter uma continuidade do tratamento da pessoa; ir pra um psicólogo, e daí, do psicólogo, já vai pro psiquiatra e, assim vai indo, sabe? E ter profissionais pra isso, porque, literalmente, a minha psiquiatra, ela atende todo mundo, e é uma única pessoa pra atender tanta gente, sabe? E não só pessoas trans, atende pessoas cis também (HTBC).

O questionamento do usuário sobre a necessidade de ser reconhecido como partícipe da assistência à saúde não deixa de ser um excelente ponto para se rever a inserção de PTT nos planejamentos em saúde. Retomando o diálogo sobre possíveis melhorias na saúde pública, a parceira propõe reforçar a potência do atendimento às PTT na atenção básica, evitando deslocamentos desnecessários, já que boa parte desta população se encontra em condições de desemprego e/ou subemprego:

Pronto, tem o Cisam, o Hospital das Mulheres, tem o Oswaldo Cruz, tem o Lessa, mas, tudo longe. Poderia evitar, porque, sinceramente, a maioria das pessoas trans, elas não têm passagem, não tem condições: ou come, ou vai pro médico (...) A gente já foi andando e os lugares longe. A gente já foi andando pra resolver o negócio dele, judicialmente, do nome que, antigamente, era assim; a gente morava na Bomba do Hemetério e a gente foi andando da Bomba do Hemetério até a Joana Bezerra (...) (MTBC).

Foi unânime o interesse na descentralização da terapia hormonal, sendo esta uma assistência indispensável à transição de gênero, com caráter permanente. Além da sua importância na saúde de PTT, representa uma importante estratégia de aproximação com o território, daí o usuário fazer a sua proposta falando, exatamente, da importância da atenção básica no acesso de PTT à saúde:

A realidade é que muita gente, às vezes, nem sabe que os serviços podem oferecer esse acolhimento e, até aqueles que oferecem, é tão lotado que não consegue atender todo mundo. Até o HC, eu demorei seis anos pra conseguir ser acolhido. Então, assim, as pessoas acabam não aguentando a ansiedade e se automedica, e aí, nesse automedicamento, podem acontecer outras coisas, outros problemas porque, querendo ou não, é um hormônio artificial que você tá colocando dentro do corpo, e tem vários, principalmente, o anticoncepcional, tem muito problema o anticoncepcional, até pras mulheres cis, imagina pras mulheres trans. Então, assim, ter esse atendimento mais perto de casa, pra que essas pessoas que não conseguiram

ser atendidas nesses serviços consigam, pelo menos, esse acompanhamento, de conseguir fazer um exame básico de rotina, pra saber se tá bem de saúde (...). A gente lota o hospital lá, o HC é lotado. Muitas vezes, eu saí daqui de casa, eu morava aqui, na casa de baixo. Saía daqui de três, quatro horas da manhã, de bicicleta, pra chegar lá no HC, e ficar esperando, conseguir uma ficha (..) Tinha, tipo, cento e oitenta fichas e eu era, tipo, cento e vinte, cento e quarenta. Eu, saindo essa hora, porque, tinha gente que dormia lá pra conseguir as fichas, pra conseguir esses exames, sendo que é um exame que eu poderia conseguir no posto (...) (HTBC).

Este relato, assim como todos os outros, trazem alguns dos condicionantes que têm dificultado, e, até mesmo, interditado a circulação de PTT pela rede de saúde, podendo ser tomados como objeto de análise e intervenção do poder público. Os achados da pesquisa não esgotam a problemática do acesso, mas, sem dúvida, são retratos fiéis de trajetórias que, certamente, falam pela vida de muita gente, sobretudo, daquelas(es) que têm as suas dificuldades realçadas pelo preconceito, dispositivo profundamente desumanizador e que precisa continuar nos inquietando.

Figura 11- O dia a dia da transição



Fonte: Almeida et al. (2018).

5 CONCLUSÕES

5.1 SOBRE O ACESSO À REDE DE SAÚDE EM RECIFE/PE

A pesquisa buscou analisar a resolutividade da PNSILGBT nos diversos níveis de complexidade da atenção em saúde, na cidade do Recife/PE, em suas respostas às demandas por saúde de PTT. Para tal, buscou evidenciar questões sobre o acesso desta população, com destaque para as problemáticas que obstaculizam os seus trânsitos, como também, as potências que dinamizam e reinventam a concretude desta política, tendo a sua base empírica voltada para aquelas(es) que materializam a prestação da assistência. Nesse sentido, consideramos exequível o cumprimento da tarefa, no que tange à concretização dos seus objetivos, sem desconsiderar as reticências como importantes aliadas das nossas conclusões, na medida em que estamos diante de uma população historicamente marcada para permanecer nas margens do protagonismo econômico, social e político.

Considerando o fato de que o sistema de saúde é feito por pessoas, com crenças e comportamentos, muitas vezes, não condizentes com a ética do respeito à diversidade humana, destacamos a importância da dimensão cultural do preconceito e da discriminação como um forte achado da pesquisa, mesmo não tendo sido o objeto de estudo em tela.

Com relação aos achados da pesquisa, destacaremos os aspectos de maior relevância sobre a assistência à saúde de PTT, a partir da visão das(os/es) trabalhadoras(os/es) e usuárias(os/es), alvos da nossa investigação.

Do ponto de vista das(os/es) trabalhadoras(es), foi possível observar práticas permeadas por uma compreensão mais ampliada de saúde, favorecida pela formação na Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Universidade de Pernambuco, que tem direcionado profissionais médicos para a rede do município. O fato de os ambulatórios especializados estarem funcionando como campo de formação, sem dúvida, sensibiliza para a temática, bem como, a aproximação de médicas(os/es) das atividades clínicas e pedagógicas destes serviços.

O acolhimento às PTT, praticado na rotina destes serviços, denotou perspectivas mais inclusivas e humanizantes, deslocando-se do foco biomédico e curativo. Esta importante modalidade de atenção foi considerada por estas(es) profissionais como uma oportunidade de formação de vínculos, possível de ser praticada por todas(os/es) as(os/es) profissionais da equipe multiprofissional.

As ações com grupos, outra modalidade igualmente importante, geralmente, fica a

encargo da equipe psicossocial, porém, no caso do Ambulatório Patrícia Gomes, também envolveu as(os/es) médicas(os/es) em formação, fomentando uma outra lógica de intervenção na saúde. Além de ampliar o raio de participação da equipe, este serviço faz uso de metodologias, onde a(o/e) usuária(o/e) funciona como principal elo da cadeia de cuidados, sendo ela(e), inclusive, quem sinaliza o caminho a seguir. Isso nos diz de um processo que não está dado, mas, que vai se consolidando, a partir da dinâmica das(os/es) suas(seus) participantes. O que tende a valorizar a premência das singularidades destes corpos nos protocolos e fluxos institucionais que, em geral, não lhes dão acolhida.

Porém, não é só nos grupos, que estes serviços têm tido a preocupação de ter uma intervenção mais horizontalizada. A condição de porta de entrada do ambulatório LGBT Patrícia Gomes tem sido usada como estratégia de aproximação com o território, no sentido de promover uma discussão com as(os/es) profissionais da atenção básica, buscando preparar estas equipes para fazer a contrarreferência da demanda. A busca de articulação com o território está ajudando no processo de formação das equipes, a partir das discussões de casos surgidos no cotidiano de trabalho. São práticas que tendem a fortalecer o modelo assistencial, baseado nos princípios do SUS.

De maneira geral, as narrativas sobre os trabalhos com grupos, reforçaram a importância de democratizar os espaços de fala, no sentido de construir oportunidades pedagógicas para submeter ao debate questões que transversalizam a saúde. É importante reforçar as iniciativas profissionais, que fazem do cotidiano espaços estratégicos para fortalecer a capacidade interventiva. Porém, é relevante que o município tenha um modelo assistencial para a formação das(os/es) suas(seus) trabalhadoras(es), pois, foi possível observar que o êxito das práticas profissionais não é, propriamente, parte de uma política municipal de atendimento às PTT. Esta se torna uma preocupação, na medida em que as problemáticas com o atendimento não se encerram na desenvoltura das pessoas que estão na operacionalidade da assistência prestada. As(os/es) profissionais ficam à deriva quando não há formalidade, questão imprescindível para romper com a informalidade, nas práticas de saúde.

A informalidade tende a corroborar com práticas que deslegitimam o direito à saúde de PTT, afastando, sensivelmente, as respostas profissionais da concretude destas demandas. O que nos leva a refletir que a resistência às PTT diz muito mais do preconceito, do que, propriamente, da falta de conhecimento técnico. Significa dizer que precisamos, não apenas, formalizar o cuidado em saúde, mas, de uma formação que dê conta da questão do preconceito na ação profissional.

O desafio da formação, no entanto, não se restringe àquelas(es) que deslegitimam a diversidade, mas, é extensivo aos que se dispõem a repensar as suas práticas, e que demandam novos conhecimentos, pois, a força das normativas tende a interditar quaisquer novas possibilidades no cuidado voltado a esta população.

As inovações que vão sendo agregadas ao trabalho destas(es) profissionais dizem de uma visão onde a humanidade está sendo considerada e, com isso, sendo importante para a transformação do atendimento. Isso traz a evidência do quanto os corpos trans e travestis podem inaugurar novas formas de conceber e atuar com o humano.

A apreensão de novos significados para a renovação das práticas de saúde faz da escuta ativa um recurso essencial para se capturar singularidades desta população, e poder correlacioná-las com os marcadores sociais que lhes atravessa. Recurso que ficou bem demarcado nos discursos sobre o cotidiano de trabalho. A perspectiva ampliada de saúde, apoiada pela escuta ativa, apareceu como uma importante ferramenta para se perceber questões de saúde que ultrapassam os limites dos protocolos convencionais.

É preciso encontrar as barreiras no atendimento a esta população, para pleitearmos a efetivação do seu direito. É vital que as(os/es) profissionais reconheçam no SUS uma fertilidade transformadora, considerando a sua magnitude como política pública. Porém, como toda política, não deixa de ser atravessada por contradições, a exemplo dos seus sistemas de referência e contrarreferência, o que tem ocasionado o uso do “corpo a corpo” como solução primordial dos problemas institucionais.

As dificuldades sinalizadas pelas PTT, em circular na rede, pode ser um indicador de que o trabalho de referência e contrarreferência precisa ser potencializado no cotidiano dos serviços, principalmente, na devolutiva para a atenção básica, que em geral, fica a encargo das(os/es) próprias(os/es) usuárias(os/es), acentuando o risco de esbarrarem num sistema que, ainda, não está devidamente preparado para lidar com estas particularidades. As narrativas sobre a resistência de voltar para o território denota um forte indício de que essa dimensão do cuidado precisa ser reexaminada.

Os desafios com a prestação da assistência na alta complexidade também apareceram nos discursos das(os/es) profissionais entrevistadas(os/es), especialmente, no ambulatório LBT do Hospital da Mulher. Trata-se da submissão das consultas de retorno ao sistema geral de regulação municipal, tirando da(o/e) profissional assistente a autonomia desse controle. Isso tem impactado negativamente no acompanhamento psiquiátrico onde, nem sempre, a disponibilidade da vaga combina com o tempo máximo de renovação das receitas médicas, impondo riscos de interrupção do tratamento.

A rotina de jogar para a regulação quem já está inserida(o/e) no serviço, além de comprometer a qualidade do atendimento, sinaliza uma possível escassez de psiquiatras na rede, o que tende a precarizar a resolutividade do acesso de quem chega, como o de quem já está inserida(o/e). A falta de resolutividade no acompanhamento psiquiátrico põe em risco a regularidade de um tratamento que não pode sofrer interrupções, sob risco de agravamento.

A descontinuidade do acompanhamento psiquiátrico tem levado algumas(uns) usuárias(os/es) a procurarem a rede externa, e, entre as situações, para concluir intervenções iniciadas em outro serviço, a exemplo da renovação das receitas médicas, ou intercorrências clínicas. A identificação destas dificuldades, vivenciadas no cotidiano da assistência, é vital para subsidiar o planejamento de novas possibilidades no cuidado. Daí a importância de se tensionar a operacionalidade destes fluxos, para reivindicar respostas para demandas que não encontram lugar nestas rotinas.

As problemáticas que vão aparecendo ao longo dos discursos vão nos mostrando o quanto é imprescindível a ideia de que, como ser humano, esta população tem as mesmas necessidades de outros grupos populacionais por atendimento à saúde.

O acesso à psicologia também não se mostrou em condição resolutiva, denotando um hiato quanto à efetividade neste acesso. No tocante às especialidades clínicas, verificou-se um empenho das(os/es) profissionais entrevistadas(os/es) em usar as ferramentas de intercâmbio que as unidades já dispõem, inclusive, o “corpo a corpo”, nomeado como o “SUS amigo”, ou a “rede de afetos” que acaba entrando nesse processo para suprir a falta de formalidade dos sistemas de regulação. Em que pesem os avanços, a resolutividade da saúde de PTT vai sendo reafirmada como algo que, ainda, não consegue ultrapassar o esforço de quem opera a assistência.

Foi unânime no discurso das(os/es) profissionais as dificuldades surgidas da falta de formalização dos serviços que, em geral, ficam à mercê da vontade política das gestões públicas. A assistência à saúde, quando circunscrita a uma agenda governamental, torna-se passível de descontinuidades, o que requer compromisso político por parte da gestão e da própria sociedade em tornar a saúde uma política de Estado. O diálogo no cotidiano dos serviços não deixa de ser um forte aliado desse processo.

Sabemos que uma política pública não se consolida, apenas, com o aperfeiçoamento das suas ferramentas operacionais, ainda que sejam essenciais. As disputas econômicas, políticas, sociais e jurídicas que lhes atravessam requerem uma compreensão que não se resume à dimensão imediata. É preciso que integrem os planejamentos de políticas públicas,

para que tenhamos horizontes mais resolutivos na materialidade da assistência prestada, pois, a compreensão da saúde como política contraditória, faz parte da luta por um SUS efetivo.

Na sequência dos discursos, também foi mencionada a dificuldade no exercício profissional em atender as demandas de saúde de PTT, quando os protocolos convencionais não incorporam estas singularidades. Neste sentido, o tensionamento à ordem biologicista da saúde se torna fundamental para que haja convergência entre práticas assistenciais e demandas desta população. Esta perspectiva sinaliza que precisamos estar atentas(os/es) ao que necessita ser inaugurado nas tecnologias do cuidado.

Falando sobre as potencialidades das ações de saúde da rede municipal, as(os/es) profissionais destacaram a existência de coordenação municipal LGBT enquanto um agente facilitador dos desafios cotidianos, como também, da operacionalidade dos sistemas de regulação municipal. Estas alianças têm sido capazes de ultrapassar algumas barreiras institucionais, e garantir acessos que já deveriam estar garantidos, pois, se pode ser funcional para alguns serviços, por que não poderia ser para outros?

Como é sabido, as problemáticas com a saúde não se restringem ao poder local, mas, é também dos conflitos cotidianos, que nascem os movimentos de resistência democrática, o que diz para nós do potencial das práticas sociais na reinvenção da realidade. As PTT têm sido um exemplo vivo disso. Neste sentido, foi unânime, no relato das(os/es) profissionais, a ideia de que precisamos trabalhar a importância da atenção primária no direito à saúde de PTT. A inserção territorial é decisiva para politizar o acesso e permanência nestes serviços. Significa que o pertencimento territorial de PTT precisa ser reconhecido, para que estas demandas possam estar representadas numa saúde concebida como dinâmica de vida, e não. Apenas, como presença ou ausência de adoecimento.

Não podemos deixar de reforçar a importância do papel da atenção básica na garantia da assistência integral à saúde, o que faz da prática concreta um elemento primordial na construção do modelo assistencial. Por ser a instância que está mais perto da comunidade, a atenção primária tem uma potencialidade na prevenção de agravos e promoção de saúde, facultando uma maior chance de se conciliar a assistência prestada com as necessidades da população.

Considerando a recorrência de narrativas profissionais que conjugaram a resolutividade da saúde trans e travesti com o reconhecimento das particularidades destes corpos, sugerimos que a esta expertise possa ser estrategicamente utilizada para potencializar o atendimento em toda a rede, a exemplo da hormonioterapia, pois, é sabido que os protocolos clínicos de acompanhamento hormonioterápico não demandam grande complexidade,

proposta que se ancora nas sábias narrativas trazidas pelas PTT. A centralidade da atenção na endocrinologia, além de dificultar o acesso, e facilitar consequentes intervenções clandestinas, reforça o foco especialista da saúde, em detrimento de uma visão mais ampliada, necessária para se identificar outras comorbidades. Aqui cabe o seguinte questionamento: Se a hormonioterapia não tem uma complexidade que demande intervenções exclusivas da especialidade, por que não poderia ser implantada na baixa complexidade, favorecendo a circulação territorial de PTT, além de uma abordagem profissional mais totalizadora das(os/es) sujeitas(os/es) e das suas demandas de saúde?

Sabemos que a regulação de serviços demanda investimentos que dependem, fundamentalmente, de decisões políticas capazes de reparar a dívida histórica gerada pelas graves iniquidades presentes em nossa realidade. Infelizmente, a história tem sinalizado um caminho de desinvestimento das políticas, com tênues horizontes de transformação. Porém, em que pesem as dificuldades, haverá sempre possibilidades de avanço, considerando as contradições que permeiam a realidade, no que tange à dinâmica das práticas sociais. É neste sentido que, junto com as PTT, trazemos a proposta de regulação da hormonioterapia na atenção básica. Não deixa de ser uma oportunidade de se trabalhar a inserção destas pessoas na rede local, além de dar materialidade às práticas de saúde com sentidos despatologizantes, onde as(os/es) usuárias(os/es) possam se sentir efetivamente reconhecidas(os/es). Ademais, pudemos identificar que as(os/es) profissionais médicas(os/es) estão sendo progressivamente sensibilizadas(os/es) pela Residência de Medicina de Família e Comunidade, da Universidade de Pernambuco, e que algumas(uns) já estão realizando atendimento em unidades da atenção básica. O que se torna fundamental para estarmos criando espaços institucionais para o acolhimento de outras demandas, a partir das próprias transformações corporais. Funcionando como um facilitador do acesso de PTT na atenção básica, a estratégia da hormonioterapia é, sem dúvida, algo profícuo: primeiro, por ser uma demanda muito buscada e pouco ofertada; segundo, por não prescindir de uma intervenção complexa, que lhe reduza à especialidade.

A descentralização da hormonioterapia, além de atender a uma particularidade bastante reivindicada, minimizaria o problema da espera por acolhimento que, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, por exemplo, esta da ordem de 5 (cinco), 6 (seis) anos, quando se poderia adiantar este acesso e evitar possíveis danos à saúde. Seria, também, uma forma de preparar as(os/es) profissionais da atenção básica para um acolhimento mais humanizado. Na PNSILGBT estão previstas as diretrizes para os planejamentos em saúde, e pode ser usada como referência deste necessário redirecionamento. Não podemos nos abster da ideia de que, dentro de uma sociedade desigual como a nossa, o

generalismo dos planejamentos em saúde, baseado numa igualdade abstrata, acabam reafirmando a exclusão, por não considerar as contradições que atravessam a realidade vivenciada por estas(es) sujeitas(os/es).

Iniciamos as narrativas das(os/es) usuárias(os/es) trazendo uma questão que é geral no SUS. A dificuldade em se conseguir agendamentos devido à falta de vagas, além das longas filas de espera, o que tem comprometido o acesso na porta de entrada, deixando desassistidas algumas demandas de saúde que, antes do contra referenciamento, estavam sendo resolvidas nos serviços especializados, com as variadas clínicas da média e alta complexidades.

Considerando que os serviços LGBTQIAP+, em Recife, já estejam praticando a contrarreferência para a atenção básica, facilitando a inserção na porta de entrada, é importante atinar para o fato de que estas pessoas retrataram o quanto este sistema ainda opera distante da sua realidade sem conseguir, de fato, regular esta volta de forma resolutiva, e garantir a sua inclusão e permanência. As dificuldades em efetivar os agendamentos na unidade local fica acirrada quando não há uma sincronicidade entre a dinâmica de vida e a rotina do serviço, mostrando a importância da integração das particularidades de PTT nos protocolos de saúde.

É fato que a inexistência de uma rede receptiva às PTT abre portas para a clandestinidade das intervenções corporais, equivocadamente, atribuída à falta de autocuidado. A dificuldade de acesso leva ao distanciamento da rede formal, favorecendo a busca clandestina por autotransformação. Mas, as problemáticas com a atenção básica não se limitam à dificuldade de inserção. As pessoas deixaram claro que, diante dos processos de discriminação sofridos, as suas trajetórias por esta complexidade têm se limitado à busca de encaminhamento para os serviços especializados no atendimento LGBTQIAP+. Fica evidenciado que o distanciamento da atenção básica não é uma questão de “escolha”, mas, em função das problemáticas que chegam até na falta de respeito ao nome retificado, sendo este um forte indício de afastamento desta população.

A falta de um ambiente acolhedor na atenção básica, incorre numa compulsória migração para a média e alta complexidades. Esta migração, no entanto, não tem privado as PTT do enfrentamento de outras problemáticas, com a ressalva dos serviços especializados no atendimento de pessoas LGBTQIAP+, reconhecidamente humanizadores, porém, igualmente alcançados pelas contradições advindas do contexto de privatização das políticas públicas.

A tentativa de permanência nos serviços especializados tem facilitado a centralização da demanda trans e travesti em complexidades que afastam, sobremaneira, esta população da vida territorial. Mesmo reconhecendo que as barreiras encontradas pelas PTT nos trânsitos

pela saúde extrapolem a questão territorial, não podemos deixar de pontuar que esta centralidade traz como consequência prejuízos no acesso às ações de promoção e prevenção à saúde, em especial, na atenção primária, distanciando-as dos eixos essenciais na reinterpretação dos processos socio-históricos que interditam corpos que fazem confronto com os padrões socialmente impostos.

No tocante à questão da falta de acolhimento, foi bastante recorrente as situações constrangedoras ocasionadas pelo desrespeito ao uso do nome social, e, em alguns casos, ao nome civil retificado, denotando desconhecimento e/ou despreparo do corpo técnico no trato com estas especificidades. O desconhecimento das particularidades destes corpos reverbera na falta de confiabilidade e vinculação com os equipamentos de saúde, distanciando esta população dos serviços disponíveis na rede, principalmente, na porta de entrada, motivo que as(os/es) têm levado ao desnecessário requerimento para outros níveis de complexidade. Isso faz com que se concentrem em serviços mais voltados para a cura de doenças que, em geral, tratam o indivíduo como entidade patologizada, e apartada das contradições engendradas na dinâmica social.

De acordo com as prerrogativas do SUS, a porta de entrada é condição basilar para a mudança da cultura que tem sustentado historicamente a estigmatização desta população e provocado o seu distanciamento das possibilidades de efetivação dos princípios da integralidade e da equanimidade na prestação da assistência. Isso significa dizer que não podemos reduzir PTT à condição de um “anexo” ou um “adendo” no cotidiano dos serviços, mas, que precisam adentrar o elenco de prioridades da atenção, na mesma ordem de prioridade que outras populações já inseridas na regularidade do atendimento.

A falta de pertencimento à atenção primária contribui para que o deslocamento se torne mais um violador do direito à saúde. Não podemos negar que, quanto maior o percurso, maior serão as chances de abordagens transfóbicas, e maior serão as dificuldades para o deslocamento e para o próprio acesso. As distâncias exigem recursos que estas pessoas não dispõem, vez que se encontram em condição de desemprego e/ou subemprego, impondo meios mais arriscados para a garantia do deslocamento.

Já com a atenção especializada, o discurso traz novas feições. A população reconheceu a preocupação da equipe multiprofissional em garantir uma assistência mais integral, mesmo diante da função especializada. Parece algo que vai se consolidando para suplantar o hiato deixado pela atenção básica. Porém, no caso dos homens trans, o atendimento ginecológico é sempre permeado por constrangimentos, durante a permanência em salas de espera, demandando a necessária visibilidade no interior das unidades sobre a existência destas

pessoas e de seus direitos como cidadãs(ãos).

As novas significações e possibilidades de estar no mundo, reivindicadas por PTT, deveria ser basilar para pensar a assistência à saúde desta população. Sua existência precisa ser reconhecida e incorporada nos planejamentos em saúde. A generalização dos protocolos de atendimento não pode desconhecer a realidade dos diferentes grupos populacionais, especialmente LGBTQIAP+ que, devido às violações sofridas, dependem mais, ainda, do SUS para o atendimento das suas demandas.

As narrativas da população foram uníssonas na grita por respeito, por aceitação da diferença, fruto da discriminação, não apenas na operacionalidade da assistência, mas, em toda a dinâmica social. Por outro lado, a solidariedade entre pares apareceu como uma ferramenta política, que consegue abrir algumas portas, pois, em se tratando de PTT, não basta adentrar os serviços. É preciso subverter a expulsão latente que os integra, sutilmente organizados para comunicar que a saúde não é um lugar de todas as pessoas.

Em que pesem os avanços encontrados, o respeito continua sendo retórico no clamor desta população que, há todo instante, denuncia um sistema social francamente desumanizante, e historicamente programado para tolher as expressões que ousem subverter a ordem dos corpos e da sexualidade. O que para nós só reafirma o histórico processo de abjeção que permeia esses trânsitos pela saúde.

A falta de respeito às diferenças nos serviços de saúde deixa de cumprir com os princípios e a missão do SUS, revelado, a todo instante, pelos atravessamentos da cultura LGBTfóbica. Os serviços são executados por profissionais, que mergulhados nessa cultura, se distanciam dos seus preceitos ético-políticos. A população usuária, sem ter como adentrar o sistema, se afasta, deixando intocável as violências naturalizadas na dinâmica institucional, demandando uma interdição efetiva e imediata do poder público.

Nesse contexto, merecem destaque a falta de legitimidade do uso do nome social e até do nome civil retificado, problema que fica agravado quando a circulação acontece por serviços que não são especializados no atendimento de pessoas LGBTQIAP+, mostrando o quanto há, ainda, de segregação desta população pela saúde. As respostas às demandas de saúde de PTT ficam limitadas pelos constrangimentos recorrentes, fator preocupante e indicativo da inexistência da integralidade em saúde. A decisão de não buscar serviços, mesmo diante de uma necessidade, só vem a reforçar a ideia do quanto são danosos os efeitos da discriminação contra esta população.

Considerando a premência de ações educativas para prevenir e/ou inibir discriminações contra PTT, reforçamos a importância deste trabalho junto às(aos)

profissionais e comunidade. Na atenção primária, existe uma aproximação maior entre serviço e comunidade, que desafia, sobremaneira, o resguardo da vida privada. Porém, sendo esta modalidade assistencial decisiva para consumir o direito integral à saúde, é preciso pedagogizar o território como espaço de produção de saúde, onde todas(os/es) precisam ter o direito de acesso assegurado. A literatura diz que os processos sociais de mudança das práticas sanitárias têm no nível local a sua base operacional, onde as pessoas estão e podem participar, ativamente, das transformações necessárias. Ademais, é importante que as formações sejam capazes de fomentar a compreensão sobre o significado e importância do SUS como política pública.

De maneira geral, as narrativas trouxeram um apelo uníssono por um SUS, efetivamente, integral e equânime, adensando que há muito por se fazer, considerando o fato de que estas vozes, como tantas outras, partilham da condição de um sistema social que usa o disciplinamento dos corpos como ferramenta de interdição ao direito de novas formas de experimentar o corpo e a sexualidade.

O acesso de PTT à rede de Recife se mostrou restrito aos mecanismos informais, denotando que não há fluxos pré-estabelecidos, ordenadores do acesso, e capazes de superar o foco individualizante da atenção. Daí, o êxito do atendimento ter sido atribuído ao desempenho das equipes multiprofissionais dos serviços de referência no atendimento LGBTQIAP+.

A falta de regulação do atendimento às PTT, faz como que as(os/es) usuárias(os/es) desconheçam as parcas ofertas existentes na rede, a exemplo de um usuário que, mesmo morando em uma rua paralela à sua unidade de referência, desconhecia a existência de um atendimento, voltado às pessoas trans, ofertado há pelo menos 6 (seis) anos, vindo a descobrir somente há 2 (dois) anos, por causa de um amigo já vinculado ao serviço. Isso evidencia um desnecessário tempo de desassistência, mostrando o quanto a falta de institucionalização do atendimento às PTT aumenta as barreiras no acesso à saúde.

O ineditismo de uma paternidade auto gestada é outra ilustração sobre como se dá o funcionamento da rede. Neste caso, podemos deduzir que a força feminizante do ato de gestar deixou as(os/es) profissionais sem chão para o trato com a demanda, incorrendo numa sucessão de constrangimentos que só vem a reincidir na deslegitimação destas existências.

É importante ressaltar que os êxitos envolvidos com esta experiência, foram provenientes do desempenho de quem estava na operação da assistência, durante o acompanhamento pré-natal. Isso inclui a concordância em encaminhar o parto para uma maternidade de alta complexidade, a partir de uma perspectiva ampliada de saúde, que não se

reduziu à condição biológica. Esta assertiva tentou, entre outros, suplantar o despreparo da rede em lidar com a demanda, sendo aí introduzido um conceito de risco que toma o sujeito em sua integralidade.

A decisão do encaminhamento para uma maternidade de alta complexidade decorreu das sucessivas violações sofridas pelo usuário com a sua maternidade de referência, entre estas, o desrespeito à sua masculinidade, através da feminização do seu nome civil retificado, praticado por um funcionário da recepção desta maternidade, que foi capaz de desconsiderar a legitimidade jurídico-legal, em favor do preconceito.

Foi também por percepção restritivamente biologizante, que o usuário passou por novo constrangimento, na triagem da maternidade para a qual havia sido designado. Nesta ocasião, o profissional da triagem se recusou a fazer a admissão, previamente negociada com o diretor da maternidade, por não reconhecer que há particularidades que precisam integrar os protocolos convencionais, para que o direito seja efetivado. A descrição do percurso deixou claro, que as necessidades de PTT não podem ser secundarizadas, por não fazerem convergência com as regras impostas ao corpo.

Por outro lado, estas experiências também lançam no horizonte o repensar riscos em saúde, já que os corpos não são unidades homogêneas e apartadas da realidade. De acordo com os relatos, o próprio ambiente hospitalar já deveria ser considerado um lugar de risco, na medida em que reedita hierarquias humanas, estando as PTT com risco aumentado, por serem alvos frontais do preconceito. Não podemos esquecer de que fazemos parte de uma sociedade onde o preconceito é um ordenador da vida, e que não podemos nos abster desse fato para pensar o cuidado em saúde.

Fica evidenciado que, não apenas a PNSILGBT, mas, o próprio SUS, continua no centro das disputas societárias, refletidas na perenidade dos limites encontrados pelas PTT nos trânsitos pela saúde. A falta de vagas e a escassez de profissionais, não inauguram os problemas com a saúde, reaparecem como problemas recorrentes, denunciando a dimensão histórica da vida do SUS.

De maneira geral, o recado que as PTT deixam para a rede é que os seus planejamentos precisam ser mais singularizados, no sentido de alcançá-las(os/es) em suas especificidades de saúde e de vida. O que reitero, na medida em que o Brasil tem nas desigualdades o eixo regulador da vida social. É preciso entender que os protocolos, mesmo institucionalizados, não conseguem alcançar aquelas pessoas marcadas para não acessarem serviços, haja vista, os relatos de não se sentirem reconhecidas(os/es) nestas rotinas.

Este trabalho não se propôs a oferecer certezas, daí, sigamos com as reflexões sobre o sistema de saúde, pois, foram elas quem aguçaram a busca respostas para a saúde desta população e, sem dúvida, continuará nos comunicando que a vida tem sempre algo a nos acrescentar, quando devidamente provocada. Isso serve para a política de saúde voltada às PTT em Recife/PE, no que concerne às reveladas necessidades de avanço.

Como as inquietações têm sido o principal balizador deste estudo, tomo por base as seguintes indagações:

- *Se a saúde é, por princípio, uma questão multifatorial, como é que ela pode ser planejada para responder, apenas, às demandas do corpo biológico?*
- *Sendo o Brasil um país ancorado em multidesigualdades, como é que o planejamento em saúde poderá alcançar as singularidades das demandas baseando-se, apenas, em protocolos e concepções generalistas?*

E termino com mais uma:

- *Quais os desafios que se colocam diante de nós para consolidar a ideia de que todas as vidas importam?*

Sem dúvida, precisamos de uma abordagem criteriosa profunda para chegar nestas respostas, que, ao meu ver, tem como ponto de partida a tomada de consciência sobre o nosso chão histórico, a nossa posicionalidade no mundo, pois, não temos autoridade para falar de todos os lugares, o que vai nos exigir rupturas, ir além do óbvio, para entender a realidade na diversidade. Não sei se é esclarecedor, mas, sem dúvida, nos ajuda a entender que enquanto uma(um) de nós não estiver bem, nenhuma(um) de nós estaremos.

5.2 O QUE AGREGOU A PESQUISA À PRÁTICA PROFISSIONAL

Foi no exercício profissional que se produziram as intenções desta pesquisa, a partir da equidade teórico-prática, enquanto forma de se elevar ao cotidiano para tratá-lo criticamente. A realidade concreta é imprescindível para que se possa avançar na capilaridade das problemáticas com as quais lidamos, principalmente, quando trabalhamos com populações silenciadas e excluídas da ação do Estado. Ao mesmo tempo, em que o cotidiano possibilita o testemunho da barbárie, traduzida nas vidas amplamente negligenciadas, pode alienar as chances de sua transformação, se não for devidamente criticizado. Acho que a pesquisa conseguiu romper com esta alienação e deixar um resultado genuíno: o sistema de saúde, em que pesem as mudanças, ainda tem muito a avançar no que tange à integralidade e equidade da saúde de PTT. Os desafios, no entanto, só poderão ser enfrentados, se submetidos à crítica

da dinâmica social. Daí a importância do lugar LGBTQIAP+ no desvelamento das contradições que atravessam os seus trânsitos pelo sistema de saúde.

A pauta LGBTQIAP+, no entendimento proporcionado pela pesquisa, ecoa como uma voz coletiva de sujeitas(os/es) concretas(os/es) que tensionam as dimensões objetivas e subjetivas do tecido social, onde o preconceito tem uma função primordial. A dinâmica que nega PTT é a mesma que nega outras(os/es) sujeitas(os/es) submetidas(os/es) aos processos de opressão e exploração social. O que vai diferir são as suas formas de expressão, quando estas(es) sujeitas(os/es) corporificam as suas lutas. Por isso, me compreendi como parte ativa desse processo. Não estou pesquisando, apenas, pessoas, e muito menos minorias, mas, engrenagens do corpo social, materializadas em experiências concretas, que reverberam no conjunto da sociedade. Ou seja, as(os/es) sujeitas(os/es) LGBTQIAP+ estão na engrenagem de um sistema produzido para excluir o que não é funcional à ordem societária. Portanto, suas pautas não se limitam à experiência corpórea, mas, tem a ver, sobretudo, com as contradições que atravessam esse sistema.

O conceito de transição também teve lugar de ênfase neste estudo e, com ele, finalizo as conclusões, ficando com a mensagem de que os corpos transicionam para comunicar que tudo na realidade está em movimento, apesar de sermos conduzidas(os/es) para a ideia de que a vida é uma repetição histórica e, com isso, a mudança nos parecer alheia. A transição é inerente à vida, e as PTT nos chamam atenção para isso: da necessidade de desestabilizar “certezas”; mostrar que as “verdades” são socialmente construídas e que, portanto, podem e devem ser reconstruídas por todas(os/es) nós, as(os/es) verdadeiras(os/es) protagonistas da história. Por isso, a *inquietação* ter sido tomada como caminho metodológico, que nos convida a usar o questionamento como ferramenta no desvendamento do real, em vez de “pegar o pacote pronto”, ancestralmente ofertado pelo dogmático pensamento linear.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. *'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?* In: **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2012.

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

ALMEIDA, G. *et al.* **Agora que me vejo como Trans**: guia de possibilidades e serviços no RJ. Salvador (BA): Devires, 2018. Disponível em: <https://editoradevires.com.br>. Acesso em: 28 jul. 2023.

ALMEIDA, G. S. Notas sobre a complexidade do neoconservadorismo e seu impacto nas políticas sociais. In: **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 720-731, 2020.

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

BENEVIDES, B. G. **Dossiê**: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022.

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

BENTO, B. A. M. **O que é Transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

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

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. In: **Dossiê: Desigualdades e Interseccionalidades**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 27-55, 2015.

BRITO, C. P. **“Já é negro e ainda quer ser travesti?”**: experiências trans de mulheres negras. 2016. [Dissertação em Relações Étnicas e Contemporaneidade]. Bahia: Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia, 2016. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppgrec/wp-content/uploads/2017/03/Camila-Pina-Brito.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**. A ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Politeia, 2019.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o Feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero, 2020. Disponível em: https://www1.unicap.br/neabi/?page_id=137. Acesso: 11 maio 2022.

CAVALCANTE, I. Respeitar nome social reduz riscos de suicídio e depressão, diz estudo. In: **Metrópoles**, 2018. Disponível em: <https://www.metropoles.com/vida-e-estilo/comportamento/respeitar-nomesocial>. Acesso em: 28 jul. 2023.

CHAUÍ, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

CISNE, M. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**, n. 132, 2018.

COACCI, T. A queima dos laudos: controvérsias e reconfigurações dos saberes e direitos trans na ADI 4275. I: **Revista Direito e Práxis**. v. 11, n. 02, p. 1188-1210, 2020.

CONNELL, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: Versos, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **RESOLUÇÃO CFESS n. 845/2018**. Dispõe sobre a atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS Manifesta**: os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Nota sobre o Teletrabalho e Teleperícia**: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. Brasília, DF: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO LGBT. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de Combate à Violência e Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CORRÊA, F. H. M.; *et al.* Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. In: **J. bras. Psiquiatr.**; v. 69, n. 11, p. 13-22, 2020.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DUARTE, M. J. O.; PAIVA, C. R. Itinerários de pessoas trans na rede de atenção à saúde do SUS: uma experiência interiorana. In: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (Orgs). **Dez anos**

da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde. Salvador (BA): Devires, p. 197-209, 2022.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil:** ensaio de interpretação sociológica. São Paulo: Globo, 2006.

FREIRE, G. Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil. In: FREYRE, G. **Casa-Grande & Senzala.** Rio de Janeiro: Record, p. 65-117, 2000.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. In RIOS, F.; LIMA, M. (Orgs). **Cultura, etnicidade e trabalho:** Efeitos linguísticos e políticos da exploração da mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUARANHA, C. Travestis e Transexuais: a questão da busca pelo acesso à saúde. In: **Seminário Internacional Fazendo gênero 10:** Desafios Atuais dos Feminismos. Anais Eletrônicos, Florianópolis, p. 1-12, 2013.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Declaração:** Isto não é um manifesto. São Paulo: n-1 edições, 2014.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1984.

HOOKS, B. **Não sou eu uma mulher.** Mulheres negras e feminismo. Tradução livre para a Plataforma Gueto. Janeiro, 2014.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. **Brasil:** retrato das desigualdades de gênero e raça. Livretos, 1ª ed. Ipea; Unifem. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/> Acesso em: 28 jul. 2023.

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da violência 2021.** Violência contra a população LGBTQI+. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/atlas-violencia-2021-v7.pdf> Acesso em: 01 ago. 2023

IRINEU, B. 10 Anos do Programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas. In: **Revista Temporalis**, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/issue/view/514>. Acesso em: 24 ago. 2023

IRINEU, B. A. **A política pública LGBT no Brasil (2003-2014):** homofobia cordial e homonacionalismo nas tramas da participação social. [Tese em Serviço Social]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

JUNQUEIRA, R. D. A invenção da “ideologia de gênero”: a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária anti gênero. In: **Psicologia Política.** v. 18, n. 43, p. 449-502, 2018.

KRUGER, A. Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: uma reflexão Pajubá. In: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (Orgs). **Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT:** análises e perspectivas

interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde. Salvador (BA): Devires, p. 57-78, 2022.

MARINI, M.; FAVERO, S. Miudezas da despatologização: identidades trans e travestis para além dos domínios dos manuais de saúde. In: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (Orgs). **Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde. Salvador (BA): Devires, p. 189-196, 2022.

MATOS, M. C. **A pandemia do coronavírus (Covid-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID 19. In: **Revista Humanidades**. v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021.

MELLO, L.; PERILO, M; BRAZ, C; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. In: **Sexualid, Salud e Sociedad.**, n. 9, p. 7-28, 2011.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, p. 19-91, 1993.

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, p. 93-158, 1993.

MENEZES, M. V. A.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. L. As intervenções corporais em pessoas trans: análise da efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT na região de Jaquié, Bahia. In: IRINEU, B. A. *et al.* (Orgs.). **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero**: saberes plurais e resistências. Campina Grande (PB): Devires, p. 1886-1900, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em 17 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 12 jan. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS nº 2.803 de 19 de novembro de 2013.**

Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803-19-11-2013.html>. Acesso em: 24 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS nº 1.055, de 13 de outubro de 2014.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1055_13_10_2014.html. Acesso em: 12 jan. 2022.

MISKOLCI, R. **O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX.** São Paulo: Annablume, 2012.

MISKOLCI, R.; CAMPANA, M. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *In: Sociedade e Estado*. v. 32, n. 3, p. 725-747, 2017.

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

MURTA, D. Cis-heteronormatividade e LGBTfobia: Desafios para a garantia do direito à saúde pela população LGBTQIA+ no Brasil. *In: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (Orgs). Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde.* Salvador (BA): Devires, p. 79-88, 2022.

NASCIMENTO, H. M.; SOUSA, J. A.; BARROS, C. R. S. Atendimento em saúde para as travestis e transexuais: revisão sistemática da literatura. *In: REBEH*. v. 01, n. 04, p. 40-58, 2018.

OLIVEIRA, E. G. S.; DUARTE, M. J. O. A política Nacional de Saúde Integral LGBT e seus desafios atuais. *In: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (Orgs). Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde.* Salvador (BA): Devires, p. 89-101, 2022.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. *In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, p. 187-220, 1993.

PALHANO, L.; TENÓRIO L. F. P. A dor e a delícia das transmasculinidades no Brasil: das invisibilidades às demandas. *In: PFEIL, B.; LEMOS, K. (Orgs). Transmasculinidades no Brasil: memórias de um movimento da invisibilidade à luta.* Rio de Janeiro: Revista Estudos Transviades, 2021, p. 19-35, 2021.

PALHANO, L.; TENÓRIO L. F. P. Breve histórico das transmasculinidades no Brasil no século XX e início do século XXI. *In: Revista Estudos Transviades*. v. 3, n. 5, p. 79-95, 2022.

PORTO, R. K. D.; FRANÇA, L. L. M.; SILVA, M. A. Transfobia e falta de atendimentos: entrave nos itinerários terapêuticos de homens transgêneros na baixada cuiabana. *In: IRINEU,*

B. A. *et al.* (Orgs.). **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero**: saberes plurais e resistências. Campina Grande (PB): Devires, p. 1870-1885, 2021.

PRADO, M. A. M.; OLIVEIRA, S. V.; TEIXEIRA, F. B. Política Nacional de Saúde Integral LGBT+: integralidade, equidade e armadilhas. *In*: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (Orgs). **Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde. Salvador (BA): Devires, p. 29-42, 2022.

REIS, D. da S.; WANDEKOKEN, K. D.; ROCON, P. C. Análise de desafios enfrentados pela população trans no acesso à saúde. *In*: IRINEU, B. A. *et al.* (Orgs.). **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero**: saberes plurais e resistências. Campina Grande (PB): Devires, p. 1744-1759, 2021.

ROCON, P. C. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *In*: **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 18, n. 1, p. 1 -18, 2020.

SALOMON, D. V. **A maravilhosa incerteza**: Pensar, pesquisar e criar. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

SANTOS, S. M. Luta de classes e a questão da diversidade humana: debate atual e perspectivas político-teóricas. *In*: **Revista Trabalho Necessário**. v. 17, n. 32, p.68-87, 2019.

SANTOS, M. C. B. **Aos trancos e barrancos**: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil. [Tese em Serviço Social]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020.

SANTOS, M. C. B, *et al.* Obstáculos na oferta de assistência à saúde de pessoas trans no Rio de Janeiro. *In*: IRINEU, B. A. *et al.* (Orgs.). **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero**: saberes plurais e resistências. Campina Grande (PB): Devires, p. 701 - 715, 2021.

SANTOS, M. C. B, *et al.* Processo Transexualizador e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Brasil: desencontros e fragilidades assistenciais. *In*: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (Orgs). **Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde. Salvador (BA): Devires, p.65-78, 2022.

SENADO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 jan. 2022.

SENADO FEDERAL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990.

SILVA, H. C. **“Cata o recado, mona”**: condicionantes políticos, econômicos e culturais no Processo Transexualizador no SUS - a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. [Dissertação em Serviço Social]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2019.

SILVA, M. V. Diversidade humana, relações de gênero e luta de classes: emancipação para além da cultura. *In: Revista de Serviço Social da UERJ*. v. 9, n. 28, p. 51-63, 2011.

TENÓRIO, L. F. P.; VIEIRA, L. L. F.; LIVADIAS, S. K. Da luta à execução do Processo Transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE. *In: OLIVEIRA, A. D.; PINTO, C. R. B. (Org.). Transpolíticas Públicas*. Campinas: Papel Social, 2017.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em sistemas de saúde. *In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, p. 221-235, 1993.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. *In: Revista da ABPN*. v.1, n. 1, p. 08-17, 2010.

APÊNDICE A - PERFIL DAS(OS/ES) PARTICIPANTES

PROFISSIONAIS

Serviço	Profissional Entrevistado	Formação/Qualificação
Policlínica Lessa de Andrade Ambulatório LGBT Patrícia Gomes	Enfermagem	- Especialização em Saúde Pública
Hospital da Mulher do Recife Ambulatório LBT	Psicologia	- Especialização nas áreas Jurídica e Hospitalar
Unidade De Saúde da Família USF Brasilit	Medicina	- Especialização em Medicina de Família e Comunidade - Coordenação da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Pernambuco

USUÁRIAS (OS/ES)

Serviço	Usuárias (os/es)	Idade	Raça/cor	Religião	Estado civil	Escolaridade	Profissão/ocupação	Coabitantes	Renda mensal
Amb LGBT Patrícia Gomes Média Comp.	HTMC Homem trans média complexidade	33	Parda	Católico não praticante	Casado	ensino médio completo	Barbeiro <i>Freelancer</i>	3	1 SM e 1/2
Amb LBT Alta Comp.	MTNBAC Mulher trans não binária alta complexidade	19	Negra	Evangélica	Solteira	ensino médio completo	Dona de Casa e Diarista	4	3 SM
Ambu LBT Alta Comp.	MTAC Mulher trans alta complexidade	20	Branca	Wicca - religião pagã	Com parceiro há mais de 1 (um) ano	ensino médio completo	Produtora de conteúdo digital autônoma	2	Não Inform. Usuária dá a maior parte da renda
Serviço	Usuárias (os/es)	Idade	Raça/cor	Religião	Estado civil	Escolaridade	Profissão/ocupação	Coabitantes	Renda mensal

Ambu LBT	HTAC Homem trans alta complexidade	24	Parda	Não tem	Separa- do há 3 anos	ensino médio incom- pleto	Barbeiro Atendimen- to a domicílio	3	3 SM
USF Brasilit	HTBC Homem trans baixa complexidade	26	Parda	Católico	Solteiro	ensino médio comple- to	Teleatendi- mento (vínculo formal) À noite, <i>Freelan- cer</i> em um barzinho	4	Não Infor- mado
USF Brasilit	HTBC Homem trans baixa complexidade	25	Preta	Candombl- ecista	Com parceira há 5 anos	ensino superior incom- pleto	Barbeiro <i>Freelan- cer</i>	3	Inferior a 1 SM
USF Brasilit	MTBC Mulher trans baixa complexidade	24	Preta	Candombl- ecista	Com parceiro há 5 anos	ensino médio comple- to	Artista plástica Customiza Bonecas <i>Freelan- cer</i>	3	Inferior a 1 SM

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

IDENTIFICAÇÃO DAS(DOS/ES) PARTICIPANTES

PROFISSIONAIS

- Profissão
- Formação/Qualificação

USUÁRIAS (OS/ES)

- Idade
- Raça/cor
- Religião
- Estado Civil
- Escolaridade
- Profissão/Ocupação
- Coabitantes
- Renda Mensal

QUESTÕES NORTEADORAS COM PROFISSIONAIS:

- 1- Quem são as(os/es) profissionais que compõem a Equipe Técnica deste serviço?
- 2- Quais as(os/es) profissionais que estão envolvidas(os/es) com o atendimento de PTT nesta unidade?
- 3 - Quais os serviços prestados por esta unidade às PTT?
- 4- Como as PTT chegam a esta unidade?
- 5- Têm fluxos pré-estabelecidos para o acesso das PTT?
- 6- Os serviços têm protocolos próprios para o atendimento desta população?
- 7- Quem faz o acolhimento desta população?
- 8 - Como é feito o acolhimento de PTT?
- 9 - Quais os serviços mais procurados pelas PTT?
- 10 - Há serviços procurados pelas PTT, mas que não são ofertados nesta unidade?

- 11- Como a rede está organizada para fazer o referenciamento da demanda interna e externa?
- 12 - Como o serviço referencia as PTT para outros níveis de complexidade da saúde?
- 13 - Existem espaços de diálogo, de troca de informações, de discussão de casos entre as(os/es) profissionais que atendem esta população?
- 14 – As(os/es) profissionais desta unidade recebem formação continuada para trabalhar com PTT?
- 15 - Quais as dificuldades que você identifica para fazer o atendimento desta população?
- 16 - Como as PTT participam da dinâmica do serviço? Tem alguma atividade socioeducativa?
- 17 - Quais os desafios que você encontra no atendimento às PTT?
- 18 - O que você conseguiu apreender no trabalho com PTT?
- 19 - As PTT têm trazido alguma novidade para a prestação da assistência à saúde?
- 20 - De que maneira as particularidades da saúde de PTT têm inovado a dinâmica de prestação da assistência?
- 21 - O que você sabe sobre o SUS?

QUESTÕES NORTEADORAS COM USUÁRIAS(OS/ES):

- 1 - Quais as necessidades de saúde que lhe levam a procurar serviços de saúde?
- 2 - Quais os serviços de saúde que você tem procurado para resolver os seus problemas de saúde?
- 3 - De que maneira os serviços têm respondido aos seus problemas de saúde?
- 4 - Você acha que os serviços existentes na Rede têm conseguido responder aos seus problemas de saúde?
- 5 - Há situações de busca por assistência à saúde em que você identificou que o Serviço não existe na Rede?
- 6 - Quais os serviços de saúde que você não tem conseguido acessar para responder aos seus problemas de saúde?
- 7 - Você tem sido encaminhada(o/e) para outros serviços de saúde quando se faz necessário?
- 8 - Como faz para chegar aos serviços de saúde que você precisa? (Qual o seu percurso até os serviços de saúde)
- 9 - Quais as dificuldades que você encontra na busca por serviços de saúde?
- 10 - Qual a sua unidade de referência?
- 11 - Em que situações você busca a unidade de saúde de referência?

- 12 - Reside em área coberta por Agente Comunitária(o/e) de Saúde?
- 13 - Você recebe visitas da(o/e) Agente Comunitária(o/e) de Saúde em sua casa? Com que frequência?
- 14 - Você tem participado das ações prestadas pelas unidades de saúde que você frequenta? De que forma?
- 15 - Você sente que as suas necessidades de saúde são reconhecidas no atendimento prestado pelas unidades de saúde que você busca?
- 16 - Quais as questões que lhe afastam da unidade de saúde de referência?
- 17- Você se sente parte da população que é alcançada pelo atendimento de saúde prestado pela sua unidade de referência?
- 18 - O que você sabe sobre o SUS?