



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GIOVANA MEINBERG GARCIA

**O ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE PRODUZIDO NO ESPAÇO TRANS:
uma escuta a partir do que os/as usuários/as nos dizem**

Recife
2018

GIOVANA MEINBERG GARCIA

**O ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE PRODUZIDO NO ESPAÇO TRANS:
uma escuta a partir do que os/as usuários/as nos dizem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Leila Fontes Vieira.

Recife

2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

G216a Garcia, Giovana Meinberg.
O acesso aos cuidados em saúde produzido no espaço trans: uma escuta a partir do que os/as usuários/as nos dizem/ Giovana Meinberg Garcia. – 2018.
150 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Luciana Leila Fontes Vieira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2018.
Inclui referências e apêndices.

1. Psicologia. 2. Política pública de saúde. 3. Princípio da integralidade. 4. Transexualidade. 5. Acesso aos serviços de saúde. I. Vieira, Luciana Leila Fontes (Orientadora). II. Título

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2019-183)

GIOVANA MEINBERG GARCIA

**O ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE PRODUZIDO NO ESPAÇO TRANS:
uma escuta a partir do que os/as usuários/as nos dizem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 31/08/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Luciana Leila Fontes Vieira (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o Dr^o Luís Felipe Rios do Nascimento (Examinador Interno)

Prof^a Dr^a Fran Demétrio (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradecer, por compartilharem a vida e estarem perto, de alguma forma, contribuindo para que esse trabalho viesse a acontecer. Agradeço a todas e todos por me ensinarem tanto, e a cada uma/um de forma diferente.

Agradeço a todas às pessoas trans e travestis que acolheram a proposta do trabalho e confiaram, compartilhando seu tempo comigo. Este trabalho é de vocês. Ensinaram-me muito sobre produção de cuidado, e sobre a vida.

À equipe do Espaço Trans, pela acolhida, parceria e abertura, durante todo o percurso, especialmente Éricka, Suzana, Mônica, Isis, Cris e Rogerson. Foram grandes professoras/es nesse caminho, e essa pesquisa também é de vocês.

À Leonardo Tenório, que me guia sempre que possível desde o início do trabalho, fazendo contribuições diretas, com sua sensibilidade, seriedade e conhecimento.

À Luciana Vieira, pela confiança necessária para trabalharmos juntas, por me orientar nessa trajetória, e pela sensibilidade e competência no olhar.

À Flaviano Palmeira, pela parceria em casa e na vida. Por me ouvir, por dizer, pela paciência diária, por me esperar para almoçar ou jantar, para tomar uma cerveja ou café. Agradeço a confiança da amizade e tornar momentos simples de nossos dias em rituais de parceria.

Às crianças do “Balança mas não cai”, prédio onde vivi até praticamente a dissertação finalizar: Anita, Neto e Dudu. Apareciam em casa ou nos chamavam no corredor para transformar os dias, vestidos de mais alegria, criatividade, amor e cuidado.

À Luíza Maretto, pela parceria na vida, desde o início do caminho na UNESP, pela presença, cuidado e pelos incentivos criativos e amorosos.

À Adelle Nascimento, pela amiga que descobri nesses anos de mestrado, por estarmos juntas e pela confiança na vida. Agradeço pela sua presença firme e leve durante os dias.

À Juliana Pirró, pela companhia nos dias de “nuvem amarela”, pela presença mesmo em outra cidade, pelos colos fundamentais e pelos chás. À Annaline Curado, pelo incentivo cuidadoso e tão “litorâneo”. À Renata Cordeiro pelo apoio carinhoso no início dos trabalhos.

Às mulheres do coletivo “A universidade é pública, meu corpo não”, pelos ensinamentos sobre luta com amorosidade: a Geovana Borges, Danielle Rabelo, Mariana Borelli, Bárbara Pereira, Ellen Mayrla, Luciana Vieira, Ítala Gabriela, Ingrid Rodrigues.

À Daniella Sotero, pela parceria em momentos fundamentais nessa etapa de construção e à Laerte de Paula pelos ouvidos atentos e palavras bem vindas.

À Rafael Diehl e Karla Galvão, pela sensibilidade e competência, nos trabalhos realizados em conjunto durante esse tempo.

À Felipe Rios e Fran Demétrio, pelas contribuições indispensáveis ao trabalho, sempre com muito respeito e *expertise*.

À Jonathas Soares e Ivonete Santana, por terem sido porto seguro em muitos momentos.

Agradeço às mulheres poderosas, que com habilidade e bom humor dividimos boa parte desse tempo, buscando resistir no fortalecimento do SUS, em tempos de golpe: Emmanuely Lemos, Leila Navarro, Neuza Buarque, Eveline Cisneiros, Viviane Albuquerque, Célia Borges, Ângela Costa e Domitila Andrade.

Agradeço a minha família por todo o amor, paciência e apoio. Sem elas e eles, eu não estaria aqui. À Pedrão Meinberg, Luís Meinberg, Felipe Meinberg, Pedro Meinberg (que ainda foi parceiro em leituras e contribuições ao trabalho) e à Luzia Gonçalves, minha “mamis” querida. E à Dona Tereza Maria Gonçalves, Terezinha e Maria de Lourdes, avó e tias, pelas mulheres que são.

Agradeço a Paolo Lamb pela acolhida em sua casa no início do mestrado, e pela conferência dos documentos e momentos antes da inscrição do mesmo. A Mauricéa Santana, pois é muito bom saber que alguns colos podem nos confortar quando for necessário.

Agradeço ainda às amigas pela parceria, apoio e cuidados: Andreza Porfírio, Valquiria de Medeiros, Leiliane Facchini, Camila Thomé, Fabiana Duarte, Marina Gouvea, Ana Clara Mendonça, Gustavo Messineti. Sempre soube que estariam para o que precisasse.

À inúmeras pessoas que participaram desse processo, mas agradeço aqui em nomes de algumas, que retratam bem o percurso da reta final: à Madalena Rodrigues e à Inalda.

À João Cavalcanti, pela paciência e dedicação em seu trabalho na secretaria da Pós Graduação. À FACEPE, pelo incentivo e financiamento à pesquisa. Agradeço a Turco Marquez pelos aprendizados na atenção às pessoas trans e travestis no Uruguai, marcando o início da minha trajetória para a escrita desse trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que fizeram provocações diretas a escrita e construção do trabalho, Leonardo Tenório, Pedro Meinberg, Adelle Nascimento, Flaviano Palmeira, Livia Muniz, Francis Kich, Rebeca Valentim, Luíza Maretto, Diego Rodrigues, Daniel Coelho e Bruno Braz.

RESUMO

O presente trabalho almejou analisar o acesso aos cuidados em saúde produzidos no “Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans e Travestis” do Hospital das Clínicas da UFPE, a partir da escuta realizada dos/as usuários/as. Para tanto, buscou-se compreender os princípios da integralidade, em especial, como da equidade e da universalidade; investigar a existência de espaços para participação social no serviço referido e analisar de que forma os/as usuários/as produzem acesso aos cuidados em saúde, considerando a rede de atenção à saúde. É uma pesquisa-interferência (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014), cuja análise foi realizada em diálogo com a Saúde Coletiva, principalmente através das contribuições da Linha de Pesquisa coordenada por Emerson Merhy, denominada Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/ UFRJ. Foram entrevistados/as 11 usuários/as, entre homens trans, travestis e mulheres trans, indicados/as pela equipe, a partir de critérios construídos coletivamente. O serviço em tela funciona como porta de entrada do processo transexualizador do SUS e promove acesso ao acolhimento que subverte a lógica patologizante, com respeito à autodeterminação de gênero. No que concerne o acesso aos hormônios, exames e procedimentos cirúrgicos é preciso produzir tensionamentos, pois se encontram insuficientes em relação a demanda dos/as usuários/as. Vale salientar que o Espaço Trans encontra-se fechado para novos acolhimentos, como também, a participação social mostra-se incipiente. Além disso, foram encontradas pistas de um acesso aos cuidados que extravasa os muros dos serviços revelando modos alternativos, criativos e de resistência que os/as usuários/as encontraram para lidar com as barreiras produzidas pela rede institucionalizada. Apontamos que a construção de mais serviços em todos os níveis de atenção, aliado ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar, participação social legitimada e reconhecida, bem como construção de instrumentais para o serviço e para categorias profissionais podem favorecer o acesso aos cuidados em saúde dos/as usuários/as trans e travestis.

Palavras-chave: SUS. Acesso. Integralidade. Transexualidade. Travestilidade.

ABSTRACT

The present paper sought to analyze the access to the health care produced in the “Reception and Care Center for Transgender People and Transvestites” of Hospital das Clínicas of UFPE, from the testimonial performed by the users. For that purpose, it was sought to comprehend the principles of integrality, especially the equity and the universality as well; investigate the existence of centers for social participation in the mentioned service and analyze how the users produce access to the health care considering the healthcare network. This is an interference research (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014) whose analysis was performed in dialogue with the Public Health, especially through the contributions for the Line of Research coordinated by Emerson Merhy, named *Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ*. They were interviewed 11 users among who trans men, transvestites and trans women, indicated by the staff, from collectively developed criteria. The service in point works as points of entry of SUS’s transgender process which promotes the access to the reception which subverts the pathological logic regarding gender self-determinism. As regards the access to hormones, exams and surgical procedures, it is necessary to develop tensioning, since they are insufficient in relation to the demand of users. It is worth emphasizing that the Transgender Center has been closed for new receptions as well as the social participation has revealed incipient. Besides, they were found out clues of an access which extends beyond the limits of the services revealing alternative and creative ways of resistance which the users found to deal with the barriers provided by the institutionalized network. We raise that the development of more services in all care levels coupled with the strengthening of interdisciplinary work, legitimized and recognized social participation as well as the development of instruments for the service and professional categories can enhance the access to the health care of transgender and transvestites users.

Keywords: NHS. Access. Integrality. Transexuality. Transvestility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Perfil Social.....	56
Quadro 2 -	Critérios para escolha das/os usuárias/os.....	64
Quadro 3 -	Demonstração das indicações da equipe, após alterações no decorrer do processo.....	65
Quadro 4 -	Blocos para investigação.....	67
Figura 1 -	Trajeto de acesso no HC/UFPE ao Espaço Trans.....	76
Tabela 1 -	Pessoas acolhidas no Espaço Trans.....	89
Tabela 2 -	Pessoas da lista de espera do Espaço Trans.....	89
Tabela 3 -	Pessoas acolhidas e da lista de espera do Espaço Trans que residem no interior de Pernambuco.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB –	Atenção Básica
ABRASCO -	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC –	Alta Complexidade
AIDS/HIV –	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/ Vírus da Imunodeficiência Humana ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA –	Associação Americana de Psiquiatria
BBB –	Bala, Boi e Bíblia
CECH -	Centro Estadual de Combate a Homofobia
CFP –	Conselho Federal de Psicologia
CID –	Classificação Internacional de Doenças
CFM –	Conselho Federal de Medicina
CISAM -	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CNS –	Conferência Nacional de Saúde
DSM -	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EBSERH -	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FTM –	“Female to Male”
GLTB –	Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais
GM/ MS –	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HC –	Hospital das Clínicas
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST –	Infecção Sexualmente Transmissível
LBT –	Lésbicas, Bissexuais e Transexuais
LGBTT –	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis
LGBTI+ -	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexos
MP –	Ministério Público
MPF –	Ministério Público Federal
MPPE -	Ministério Público de Pernambuco
MTF –	“Male to female”
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PL –	Projeto de Lei
PTI –	Projeto Terapêutico Institucional
PTS –	Projeto Terapêutico Singular

RAS –	Rede de Atenção à Saúde
REMUNE -	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME -	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SESI –	Serviço Social da Indústria
SNS –	Sistema Nacional de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TFD -	Tratamento Fora do Domicílio
UBS –	Unidade Básica de Saúde
USF –	Unidade de Saúde da Família
UFPE –	Universidade Federal de Pernambuco
UPE –	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	ESTADO DA ARTE.....	19
2.1	POR QUE O USO DOS TERMOS TRANSEXUAL E TRAVESTI NESTE ESTUDO?.....	19
2.2	OS CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR.....	22
2.3	A PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL.....	24
2.4	AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE.....	34
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
3.1	APONTAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS.....	42
3.2	NATUREZA DA PESQUISA.....	44
3.3	LÓCUS DA PESQUISA.....	48
3.4	AS/OS PARTICIPANTES.....	52
3.5	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	56
3.5.1	A aproximação com o Espaço Trans.....	59
3.5.2	A apresentação da pesquisa em reunião de equipe e escolhas das pessoas entrevistadas.....	60
3.5.3	As entrevistas.....	65
3.6	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE.....	67
4	ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE DAS PESSOAS TRANS E TRAVESTIS.....	71
4.1	ACESSO.....	72
4.2	ACESSO/BARREIRA E FLUXO FURADO: A EXPERIÊNCIA COM CAJUEIRO.....	91
4.2.1	Potências, receios e poder contratual.....	97
4.2.2	Gambiarras como produção de rotas alternativas frente a uma rede de serviços um pouco solitária.....	105
4.3	AS DEMAIS ÁRVORES: A PRODUÇÃO DO CUIDADO ACONTECE (E MUITO) PARA ALÉM DOS MUROS.....	108
4.4	A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ESPAÇO TRANS.....	118
4.5	O ACESSO INSTITUCIONAL TEM PRAZO DE VALIDADE?.....	120

4.6	ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO DO ACESSO A SAÚDE EM CONTEXTO DE GOLPE.....	122
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	133
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	145
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	149
	APÊNDICE C - BLOCOS PARA INVESTIGAÇÃO ORIUNDOS DO ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	150

1 INTRODUÇÃO

O caminho percorrido para chegar à pesquisa em tela está intimamente atrelado a minha trajetória profissional, visto que se deu, principalmente, a partir das minhas reflexões como residente multiprofissional¹ no Sistema Único de Saúde (SUS). É um caminho também pessoal, dado que compreendo a vida associada às suas diversas esferas. Ademais, a produção deste trabalho não é feita apenas por mim: vem sendo construído por muitas mãos, desenvolvido a cada encontro com os interlocutores e interlocutoras que dialogam comigo e contribuem para essa pesquisa na universidade, nos serviços de saúde, na rua e em tantos outros espaços.

Dentre alguns conceitos, teorias, vivências e afetos que trago comigo para o desenvolvimento deste estudo, embaso-me na arena de estudos pós-estrutural que se opõe a ideias e noções universalizantes e fixas e se propõe a questionar a possibilidade de que qualquer discurso seja considerado neutro. Em outras palavras, procura desconstruir a concepção de sujeito centrado que possibilita a abertura para compreender as múltiplas experiências que são vivenciadas em diferentes contextos constituindo inúmeras subjetividades (PETERS, 2000).

Esta é, portanto, uma produção científica que considera o contexto em que o sujeito vive e o país em que reside. Estamos falando de uma perspectiva de produção de conhecimento situada, em que os saberes produzidos serão parciais e não neutros (HARAWAY, 1995). Desta forma, é importante considerar que me identifico como mulher, branca, cisgênera², heterossexual, paulista, categorias que não me restringem, mas que marcam meus privilégios sociais, meu modo de subjetivação e atravessam meu olhar na produção do conhecimento.

Para o recorte da pesquisa, tomei como ponto de partida algumas inquietações oriundas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família³ que realizei na cidade de

¹ As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde foram criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, e são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998). Informação disponível em goo.gl/xMZ6Cj, acesso em 20/03/2017.

² Termo utilizado aqui por sua faceta analítica/política e abrangente, que, ao marcar sujeitos que se identificam com o sexo/gênero aos quais foram designados social e culturalmente, pretende desnaturalizar uma suposta “normalidade” destinada a corpos que transgridem a regra. Porém, é preciso cuidado para não incorrer em usos generalizados, visto que definir vivências de gênero pode proporcionar o enquadramento a categorias fixas.

³ A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal mecanismo do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica no Brasil. É o nível de atenção considerado a principal porta de entrada da Rede de Atenção à

Vitória de Santo Antão, Zona da Mata Pernambucana, entre 2013 e 2015. Nesse contexto, percebia que a população transexual e travesti⁴ não acessava aos serviços da Atenção Básica nas nove Unidades de Saúde da Família⁵ em que eu trabalhava.

No final da residência, realizei com outra profissional da psicologia um estágio por 40 dias no serviço público de atenção primária⁶ à população trans em Montevidéu, Uruguai. O país estava imerso em debates políticos, pautados na despatologização do atendimento a população trans, e vislumbrando a expansão da atenção para esta população, tendo apenas um serviço como referência em todo o país, mesmo que não exclusivo a ela: a Unidade Docente Assistencial Saint Bois (“UDA Saint Bois”). Apesar de se encontrar no espaço físico desse Hospital, seus atendimentos eram estruturados como componente do primeiro nível de atenção, sendo o núcleo responsável a Medicina Familiar e Comunitária. À época, o serviço completava um ano de implementação.

Conhecemos o modo de funcionamento, protocolos adotados e acompanhamos trabalhos desenvolvidos pelas equipes interdisciplinares, incluindo o processo de uma cirurgia de histerectomia por um transexual, sob o viés despatologizante da atenção, em que atuamos diretamente, elaborando um projeto de sensibilização para ser desenvolvido pela equipe da UDA com os profissionais do Hospital onde seria realizada a cirurgia.

Frente a esta experiência, pude perceber que a compreensão da saúde das pessoas trans e travestis era ampliada desde o primeiro nível de atenção. Lançavam mão de protocolos de atendimento sem o cunho patologizante das vivências, priorizando a autodeterminação de gênero. Além disso, constatei que a comunicação entre Atenção Primária e a Alta Complexidade estabelecia-se de modo acessível e bem estreito, o que se configurou uma articulação inédita para mim.

Apesar de considerar as dimensões territoriais e históricas bem distintas entre o Brasil e o Uruguai, ao retornar as inquietações ficaram ainda mais sobressaltadas. Iniciei as leituras

Saúde, por possuir maior grau de descentralização e capilaridade, já que se localiza em espaços próximos da vida das pessoas (BRASIL, 2017). As Unidades de Saúde da Família (USF) são os locais em que a ESF se estrutura, a partir do trabalho em equipe multiprofissional, dentre outras prerrogativas, trabalha na perspectiva da prevenção, promoção e acompanhamento de saúde das pessoas no território.

⁴ Assim como todo conceito que visa delimitar e fixar uma identidade, os termos “transexual” e “travesti” não são a-históricos e dados a priori. Porém, com única função de introduzir uma apresentação ao/a leitor/a, indicamos que adotamos tais noções atreladas a vivências transgêneras, que abrangem todos/as/es que transgridem as normas impostas de gênero com o nascimento.

⁵ Havia vinte e sete Unidades de Saúde da Família, no município.

⁶ Há vários debates conceituais acerca da diferença da utilização dos termos “Atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” no Brasil (CONILL, 2008; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2012). No entanto, por conta dos objetivos do trabalho, aqui adotamos a referência para utilização dos termos de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), considerando-os termos equivalentes. No Uruguai, apenas o segundo é utilizado.

sobre as legislações do processo transexualizador no SUS e percebi que, embora a Atenção Básica seja compreendida como porta de entrada do processo, o atendimento está restrito aos hospitais e ambulatórios que se tornam, na prática, o primeiro local de atendimento no sistema público de saúde.

Além disso, de acordo com Arán (2010), a temática da transexualidade está atrelada a literatura médica desde que começou a ser alvo de discussões em grande parte do mundo e no Brasil, de tal modo que, até hoje, sustenta diretamente as políticas públicas voltadas para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBTT). Assim, o diagnóstico de “Disforia de Gênero”, elaborado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/ DSM-V, e reafirmado pelo Conselho Federal de Medicina, torna-se imprescindível para o acesso ao Processo Transexualizador do SUS (APA, 2013).

Entretanto, algumas categorias profissionais se posicionam a favor da despatologização das identidades trans, tais como o Conselho Federal de Psicologia e Conselho Federal de Serviço Social⁷, o que configura um campo de disputa, mesmo que de forma desigual.

Tais debates trazem implicações para o cuidado das pessoas transexuais e travestis, afinal, os discursos, práticas e outras formas de organização que atravessam as posturas profissionais expressam efeitos que incidirão sobre os sujeitos (FOUCAULT, 2006). Atendimentos que procuram comprovar a todo custo que há uma doença por trás da necessidade em saúde, podem tornar-se processos iatrogênicos, isto é, podem produzir efeitos negativos a partir de uma ação pretensamente benéfica.

Decorrente da psicopatologização e da exclusão social que as pessoas trans e travestis enfrentam⁸, via de regra, nos serviços em saúde, os hormônios e cirurgias são buscados na clandestinidade. É constante o consumo de anabolizantes e aplicação de silicones industriais, impróprios para seres humanos, e a submissão a intervenções cirúrgicas sem o acompanhamento adequado que acarreta sérias consequências a saúde, colocando em risco suas vidas (TENÓRIO & PRADO, 2016; BRASIL, 2013a). Considerando os aspectos apontados, compreendemos que é preciso analisar o acesso aos cuidados em saúde produzido no SUS.

⁷ A nota técnica do Conselho Federal de Psicologia encontra-se na íntegra no seguinte endereço: goo.gl/cfgrPZ. Em relação ao Conselho Federal de Serviço Social, seu posicionamento embasa-se no compromisso ético registrado no 42º Encontro Nacional CFESS-CRESS/2013 e expresso na coletânea de publicação da categoria profissional, disponível em: goo.gl/x4FaFA, acesso em 02/04/2017.

⁸ No ano de 2016, o Brasil ocupava o primeiro lugar no ranking mundial de homicídios contra pessoas trans e travestis (NOGUEIRA et al, 2017).

Em relação às pesquisas atuais que abarcam a discussão acerca dos procedimentos de intervenção sobre o corpo de transexuais, no SUS, há uma escassez que considera a ótica dos/as próprios/as usuários/as, o que exige maior investimento nesse campo (SAMPAIO & COELHO, 2012).

Assim, resolvi iniciar um estudo sobre o acesso aos cuidados em saúde produzido no processo transexualizador do SUS. Para seguir nesse caminho, entendemos que os princípios ordenadores do SUS - integralidade, universalidade e equidade - são fundamentais para qualquer estudo que emerja do solo de um sistema público de saúde. Também, tão relevante quanto é considerar que esse sistema foi construído a partir de intensa participação da comunidade, sendo também um princípio para o desenvolvimento de suas ações e serviços. Considerando que o município no qual ocorreu o estudo comporta o serviço de referência na região do país na modalidade hospitalar para o Processo Transexualizador do SUS, realizamos o percurso da pesquisa seguindo as seguintes indagações: de que forma os/as usuários/as produzem acesso aos cuidados em saúde “Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans e Travestis do Hospital das Clínicas/UFPE”, considerando a rede de atenção? Existem espaços para participação social no referido serviço?

Nessa trilha percorrida e na qual se delineou o estudo, o objetivo primordial foi analisar o acesso aos cuidados em saúde produzido no “Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans e Travestis”, do Hospital das Clínicas da UFPE, a partir de uma escuta realizada dos/as usuários/usuárias. Para tanto, buscamos compreender os princípios de integralidade, de universalidade e equidade do SUS, com o foco na integralidade por sua complexidade de apreensão que possibilita um maior alcance das ações em saúde voltadas para este público, permitindo analisar o acesso de acordo com as necessidades das pessoas. Além disso, é o princípio que mais aparece nas políticas públicas e documentos elaborados por grupos que envolvem os movimentos sociais, quando a discussão permeia o acesso à saúde como direito.

A escolha do município se dá por ser onde resido, atualmente, e por ser o único serviço de referência no SUS em nível macrorregional (Norte/Nordeste) habilitado a realizar cirurgias de transgenitalização⁹, sendo um dos únicos cinco locais no país a realizar tais procedimentos. Os demais serviços estão localizados em hospitais universitários nas cidades de Porto Alegre/RS, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP e Goiânia/GO.

⁹Alteração cirúrgica do órgão genital para adequação à imagem que a pessoa trans deseja (JESUS, 2012).

O local onde aconteceu o estudo, apesar de seguir as orientações da Portaria atual do Ministério da Saúde (2803/13), ou seja, fundamenta-se em prerrogativas médicas, busca adotar uma abordagem despatologizante, onde o diagnóstico não funciona como critério de entrada no serviço (TENÓRIO et al, 2017, no prelo). O “Espaço Trans” - nome social atribuído ao serviço - abarca as modalidades ambulatoriais e hospitalares, e sua construção foi impulsionada após o fechamento do antigo serviço, em 2011, que funcionava na Ginecologia do Hospital das Clínicas da UFPE. O movimento social e vários/as usuários/as qualificavam experiências vividas nesse serviço como negativas e, por vezes, desastrosas (TENÓRIO et al, 2017).

Após vários embates dos movimentos sociais, através da participação popular de usuárias/os em instâncias deliberativas em saúde e por pressão jurídica via Ministério Público de Pernambuco (MPPE), criou-se o “Espaço Trans”, em 2014. Desde o início, ampliou o serviço para os homens trans e às travestis, via demanda espontânea, e acolheu as antigas usuárias do outro serviço, dada a total desassistência que havia se configurado com o fechamento do antigo local (TENÓRIO et al, 2017).

Esse trabalho possui caráter qualitativo, considerado como pesquisa interferência (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014). Foram realizadas entrevistas com 11 pessoas usuárias do serviço, indicadas pela equipe nuclear, a partir de um roteiro de questões semiestruturado. Também participei de reuniões de equipe semanais no período de realização das entrevistas assiduamente, e até dezembro de 2017 compareci em algumas por conta de ocasiões específicas, e os registros foram utilizados quando necessários para responder aos objetivos. A análise foi realizada a partir do campo de estudos pós-estruturais, em diálogo com a Saúde Coletiva, principalmente através das contribuições da Linha de Pesquisa coordenada por Emerson Merhy, denominada Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/ UFRJ.

Para tanto, no primeiro capítulo faremos uma breve revisão bibliográfica nos campos da medicina, jurídico e saúde coletiva acerca da problemática do diagnóstico médico psiquiátrico e sua influência no processo de construção das políticas voltadas à saúde da população transexual e travesti no Brasil. Em seguida, com bases em estudos das ciências sociais e humanas e da saúde coletiva, discutiremos as implicações desse percurso para o acesso aos cuidados produzidos nos serviços em saúde que atendem esse segmento populacional, considerando suas demandas específicas, mas não se restringindo apenas a elas. Desse modo, identificaremos o local de estudo inserido em um hospital, onde a centralidade das práticas em saúde se encontra na lógica médica, tanto na organização quanto nas formações profissionais. Ainda traremos um olhar do modo como a construção das políticas

públicas de saúde tem compreendido as pessoas trans e travestis. Nesse sentido, entendemos que as contribuições que a Reforma Sanitária proporcionou, ampliando a compreensão de *saúde* através da noção de determinação social, como dos princípios do Sistema Único de Saúde e da participação social, uma estrutura no cuidado integral que acreditamos que deva ser produzido nos serviços com as pessoas transexuais e travestis.

No segundo capítulo, realizaremos os apontamentos epistemológicos no qual a pesquisa foi tecida, evidenciando os diálogos feitos principalmente com a Saúde Coletiva, a partir de uma perspectiva pós-estrutural. Em seguida, embasaremos o caráter qualitativo do estudo, evidenciando as contribuições do grupo de pesquisa coordenado por Emerson Merhy, denominado Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ, e que também fundamentam o procedimento de análise. Ainda, apresentaremos aspectos importantes do histórico do Espaço Trans, caracterização de ações e quadro de equipe, com algumas questões relevantes que contribuem para a discussão do acesso aos cuidados em saúde produzidos nesse serviço. Apresentaremos também as 11 pessoas que foram entrevistadas na pesquisa e, em relação ao perfil social, trataremos da realização das entrevistas e o procedimento de indicação de usuárias/os junto à equipe.

No último capítulo, discutiremos sobre os acessos aos cuidados em saúde que as pessoas trans e travestis entrevistadas vivenciaram como usuárias/os do Espaço Trans. Considerando que a produção de acesso também evidencia as barreiras, conforme Merhy e outras/os autoras/es (2014) apontam, discutiremos sobre aquelas que evidenciam principais obstáculos ao acesso e que como profissionais de saúde precisamos estar atentos/as. Afinal, não nos restringiremos a olhar apenas para acessos aos cuidados em saúde direcionados ao Espaço Trans, pois as/os usuárias/os vão além dele, com suas demandas e formas de produzir cuidado. Estaremos alerta em relação às estratégias e caminhos que as/os usuárias/os criam para essa produção de cuidado, sendo eles percorridos na rota institucionalizada ou não institucionalizada, pois nos ensina sobre o acesso. Nesse capítulo, discutiremos ainda sobre a existência de espaços para participação social no serviço.

2 ESTADO DA ARTE

Iniciaremos o estado da arte do presente trabalho fazendo uma breve revisão bibliográfica nos campos da medicina, do jurídico e da saúde coletiva acerca da problemática do diagnóstico médico psiquiátrico e sua influência no processo de construção das políticas voltadas à saúde da população transexual e travesti no Brasil.

Em seguida, com bases em estudos das ciências sociais e humanas e da saúde coletiva, discutiremos as implicações desse percurso para o acesso aos cuidados produzidos nos serviços em saúde que atendem esse segmento populacional, considerando suas demandas específicas, mas não se restringindo apenas a elas. Desse modo, identificaremos o local de estudo inserido em um hospital, onde a centralidade das práticas em saúde se encontra na lógica médica, tanto na organização quanto nas formações profissionais. Ainda traremos um olhar do modo como a construção das políticas públicas de saúde tem compreendido as pessoas trans e travestis. Nesse sentido, entendemos que as contribuições que a Reforma Sanitária proporcionou, ampliando a compreensão de *saúde* através da noção de determinação social, como dos princípios do Sistema Único de Saúde e da participação social, estruturam o cuidado integral que acreditamos que deva ser produzido nos serviços com as pessoas transexuais e travestis.

2.1 POR QUE O USO DOS TERMOS TRANSEXUAL E TRAVESTI NESTE ESTUDO?

Alguns acontecimentos contribuíram para que a discussão sobre a transexualidade emergisse centralmente sob regência da área da medicina. Segundo Meyerowitz (2002), a efervescência médica europeia do século XX, a respeito das descobertas tecnológicas e da sintetização de hormônios, favoreceram o surgimento de práticas cirúrgicas para a “mudança de sexo”. Entretanto, aliado a esse desenvolvimento, a consolidação do movimento feminista tinha como um dos seus objetivos desestabilizar a hierarquia entre os sexos. Tal contexto provocou novas formas de compreender corpo, sexo, gênero e sexualidade (BARBOSA, 2015).

O termo “transexualismo” surge através de pesquisas e práticas médicas. Segundo Leite Júnior (2008), muitos estudos atribuem a origem do termo ‘transexual’ a Harry Benjamin, com o livro “O fenômeno transexual”, publicado nos EUA, em 1966. Foi com ele que a nova classificação psicopatológica ganhou repercussão mundial. Um pouco antes, em 1953, esse mesmo autor escreveu um texto que distinguia transexuais de travestis,

estritamente a partir de uma linha que separava a mente e o corpo das pessoas (BARBOSA, 2015). A partir dessa definição, os primeiros desejariam realizar a cirurgia por se sentirem inconformados com seu órgão genital, enquanto que as segundas estariam confortáveis com sua genitália e não teriam desejo pela cirurgia.

Outras expressões vieram a ser cunhadas pelo discurso científico. Por um tempo, decidiu-se usar as expressões “MTF” (em inglês, “male to female”, traduzido em português, macho para fêmea) e “FTM” (“female to male”, fêmea para macho), nas quais o “sexo” era definido a partir da primeira palavra. Reforçava-se a categoria inscrita no biológico, e dissociada da mente, uma vez que se atribuía importância ao primeiro termo, ou seja, ao seu “lugar atribuído ao nascimento”. Advém desse momento os termos “homem transexual” e “mulher transexual”, usados ainda hoje pela medicina, frutos de discussões ocorridas no X Congresso promovido pela Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, ocorrido na Alemanha, em 1987.

Atualmente, as enciclopédias mundiais das doenças atribuem em suas páginas diagnósticos diversos sobre as vivências transgêneras. A categoria “Transexualismo” persiste, desde a década de 80, na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID (OMS, 1993). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM) adota o termo “disforia de gênero” (APA, 2013), mudando o foco da problemática de um desenvolvimento de transtorno mental (o volume anterior trazia “Transtorno de Identidade de Gênero”) para um sofrimento psíquico inerente à “inadaptação de gênero”.

Já o termo “travesti”, de acordo com Leite Junior (2008), tem origem nos palcos de teatro franceses, no século XVI, e teria chegado ao Brasil por esse meio. Possuía o sentido de “disfarçar-se do sexo oposto”. Provavelmente, a categoria foi incorporada ao discurso médico e científico a partir do século XIX, com o desenvolvimento da “ciência sexual”, momento no qual a relação entre travestimento e sexualidade passou a ser feita. Aos poucos, o termo foi sendo associado, no imaginário social, à marginalização e à prostituição no Brasil, pois ao assumirem o ‘sexo oposto’ para viver, as pessoas dificilmente conseguiam empregos mais formais e era comum a rejeição do convívio social, restando apenas “espetacularizar sua condição e/ou negociar o fascínio sexual de sua ambiguidade” (LEITE JUNIOR, 2008, p. 202).

Diferente das classificações de manuais médicos, nos quais a categoria “travesti” está atrelada à anormalidade sexual, no contexto popular brasileiro a pessoa travesti é aquela que adota o gênero feminino 24 horas por dia, inclusive realizando intervenções corporais, como aplicação de silicone, utilização de hormônios e outros, com adoção de vestimentas e nomes

que acharem convenientes (LEITE JUNIOR, 2008). Como observamos, as classificações que atribuem limites rígidos às identidades transexuais e travestis desconsideram as inúmeras possibilidades de existência que essas podem se expressar.

Frente à diversidade de experiências e nomeações que se atribuem e que poderíamos aqui eleger para chamar as pessoas que nasceram em corpos designados como “fêmeas” e se identificam com o gênero masculino, a saber, homem transexual, FTM, transexual masculino, entre outros, escolhemos utilizar o termo homens trans na tentativa de fazer menção a todas as autodenominações que reivindicuem a experiência dissidente da transexualidade masculina, conforme Guilherme Almeida (2012) abre os caminhos para reflexão.

Predominantemente, o discurso médico tornou e mantém as categorias apresentadas inteligíveis cultural e socialmente dentro da patologia (LEITE JUNIOR, 2008). Muitas pessoas militantes, não concordando com tais classificações, passaram a protestar o modo, afirmado no gênero “biológico”, autodenominando-se mulher ou homem a partir de suas próprias identificações, causando uma confusão conceitual nos usos e produzindo outras práticas discursivas (LEITE JUNIOR, 2008). Dessa forma, sobre essa questão acreditamos que a melhor maneira de saber como a pessoa se define em relação a sua identidade de gênero é perguntando à própria.

Importante frisar que não nos pautamos em uma distinção nosológica destes termos, tampouco os consideramos como categorias estanques, imutáveis; da mesma forma acontece ao utilizar o termo cisgênero para afirmar diferenças entre as pessoas. Não nos pautamos em desejos por intervenções. Dialogamos com autodeterminações, ou seja, consideramos como as pessoas se veem e se reconhecem no mundo. Assim, fazemos referência ao uso dos termos transexual e travesti: por ser assim que as pessoas se autorreferenciam dentro do serviço de saúde em questão. Além disso, é compreendido por pessoas do movimento social que o resgate e uso desses nomes propõem uma valorização fora do escopo médico, recheada de experiências de vida, visto, portanto, como uma forma de resistência ao que tanto já se disse e se espera desses corpos. Por vezes também uso o termo trans¹⁰ para designar as experiências que transgridem o gênero pré-determinado, justamente compreendendo estes termos de maneira não fixa.

¹⁰ O termo “trans” é diminutivo de “transgênero” que segundo Feinberg (2006[1992]) vai se tornar, na década de 90, um termo “guarda-chuva”, ao abarcar não somente transexuais e travestis, mas as mais diversas identidades que tivessem o desejo de adentrar essa categoria, considerada mola propulsora para embates políticos.

2.2 OS CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

No Brasil, o acesso aos serviços especializados de saúde para as pessoas transgêneras é designado através da classificação do CID, manual que embasa as decisões do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Em 1978 foi a primeira vez que este órgão se posicionou sobre a saúde das pessoas transexuais, quando precisou intervir no processo penal e ético que o médico Roberto Farina sofreu por realizar cirurgias em pacientes transexuais. Nesta época eram avaliadas como cirurgias mutiladoras¹¹. Porém, a autorização dos procedimentos ocorreu apenas em 1997, com a Resolução nº 1482/97, que previa, a título experimental, a realização das cirurgias de transgenitalização e/ou de procedimentos complementares para as gônadas (ovários e testículos) e caracteres sexuais secundários (CFM 1997), em hospitais universitários, como tratamento para “casos de transexualismo”.

Esta resolução estabelecia os critérios para o diagnóstico diferencial da/do “verdadeira/o transexual”, como: desconforto com “o sexo anatômico natural”; desejo expresso de eliminar as genitálias e perder as características primárias e secundárias do próprio sexo para ganhar as características do sexo oposto; permanência destes sentimentos de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos, ser acompanhada por uma equipe multiprofissional (composta por psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social); apresentar ausência de outros transtornos mentais; ter vinte e um anos ou mais e não apresentar restrições físicas para as cirurgias. Vale salientar que, ainda hoje, o diagnóstico médico é condição *sine qua non* para que as pessoas trans e travestis tenham acesso às cirurgias (CFM, 1997).

A portaria CFM nº 1652, de 2002, que revoga a anterior, traz poucas mudanças: as cirurgias de transgenitalização realizadas em corpos designados como masculinos saem da categoria experimental e passam a ser autorizadas e habilitadas para a realização em hospitais particulares. Também acrescenta na equipe multidisciplinar que acompanha esses processos a especialidade de endocrinologia.

Atualmente, vigora a Resolução CFM nº 1955/2010 que mantém, a título experimental, apenas a realização de neofaloplastia e autoriza a mudança de caracteres

¹¹ De acordo com o Código Penal de 1940, artigo 129, torna-se crime a retirada de partes do corpo, feita por outra pessoa. Atualmente, além do nosso Código Penal permanecer o mesmo, existe a Lei de Planejamento Familiar nº 9263/1996, que estabelece penalidades para a retirada de útero e ovários do corpo designado como feminino ao nascer, caso não seja comprovado risco à vida. Juntas, as legislações criminalizam a retirada de membros de forma voluntária, sem propósito terapêutico prescrito.

secundários em homens transexuais. As mudanças, porém, não retiram a exclusividade do acesso via controle psiquiátrico. Mantém, assim, o paradigma patologizante, ainda pautado no DSM-IV, não dispensando o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero.

Com o advento do DSM-V, o CFM permanece considerando a transexualidade no bojo da patologização: o documento ainda reserva espaço em suas páginas atribuindo a esse modo de viver como “disforia de gênero”. É importante ressaltar que, para a categoria nosológica, a travestilidade não é considerada no que tange a garantia ao acesso à saúde, já que pressupõe que o grupo das travestis não apresenta uma disforia com seus órgãos genitais. Para a medicina, por não possuírem inconformidades com as partes de seus corpos biológicos, não demandariam especificidades para atendimentos nos serviços de saúde.

Concomitante à promulgação das portarias médicas no Brasil, tiveram início os marcos da construção do que chamamos de Processo Transexualizador no SUS. Em 2001, uma ação do Ministério Público Federal (MPF), por meio de denúncias do movimento LGBTT, pressionou o Ministério da Saúde (MS) a tomar providências frente à demanda pelo custeio das cirurgias na tabela de procedimentos, autorizadas, desde 1997, pela portaria médica (LIONÇO, 2009).

Nesse íterim, a participação popular foi fundamental. Além de seguir com as denúncias junto ao MPF, conquistou em 2004 a criação do Comitê Técnico Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLBT). Este Comitê realizou, em 2006, uma reunião denominada “Processo Transexualizador no SUS”, com a presença de militantes, pesquisadoras/es e profissionais da área, trazendo contribuições para a saúde integral desse segmento. Foi marcante, desde o início, a ênfase na despatologização da transexualidade como estratégia de promoção da saúde, ao trazer para o centro da discussão a autodeterminação da pessoa sobre a própria condição de saúde (LIONÇO, 2009).

No entanto, tais reivindicações não foram assimiladas pelas portarias instituídas para a regulamentação do Processo Transexualizador no SUS. Em 2008, consolidou-se parte desta luta com o lançamento das primeiras portarias: a de nº 1707 e a de nº 457, pelo Ministério da Saúde. Ambas são complementares e instituem diretrizes e normas para o credenciamento e habilitação dos serviços. Embora se pautando na integralidade da atenção, seguem as condições estabelecidas na resolução do CFM nº 1652 de 2002.

A Portaria atual – GM/MS nº 2803/2013 – traz como principal novidade a ampliação do atendimento para a população de homens trans e travestis no Processo Transexualizador, a partir da contínua pressão dos movimentos sociais, e após a instituição em 2011 da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e

travestis), que denota a necessidade de atendimento para essa população. Prevê a realização em caráter experimental da vaginectomia e neofaloplastia¹² pelo SUS, modificação de caracteres secundários, atendimento clínico e a hormonioterapia¹³ para homens trans (BRASIL, 2013b),.

É imprescindível destacar que esta última portaria vigora, pois outra, promulgada no mesmo ano, foi revogada por pressão da Frente Parlamentar Evangélica. A Portaria n ° 859 /2013 apresentava em seu texto a ampliação do atendimento clínico e cirúrgico para a população de homens trans e de travestis, diminuía a idade para acesso a partir dos 16 e 18 anos para hormonização e cirurgia, respectivamente, dentre outras proposições construídas junto ao movimento social, acadêmicas/os ativistas e grupos interessados no campo. Com a revogação, nova reunião foi chamada em Brasília, e para a grande surpresa de pesquisadoras/es, profissionais e algumas/uns militantes da área, depararam-se a outra proposta bem distinta, praticamente finalizada e com restrita abertura à inclusão das pautas dos grupos mais interessados (informação verbal¹⁴). Damos visibilidade a esse fato aqui, pois ele demonstra que na arena de disputas dos interesses para a construção do processo transexualizador, outras forças compunham o cenário.

2.3 A PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL

As pessoas trans e travestis demandam um cuidado integral em saúde, além de que todos os seus direitos básicos sejam garantidos. Entretanto, é frequente que passem por situações marcadas pela discriminação nas instituições de saúde, pelo acesso limitado e negado ao trabalho formal e à educação. Em relação ao acesso à saúde destas pessoas permanece atrelado à um diagnóstico patologizante, o que reforça a necessidade de um olhar que construa e consolide um atendimento integral. Para isso, é preciso embasar as práticas em saúde no cuidado integral, para que legitimem a autodeterminação de gênero de todas as pessoas, em detrimento de uma norma em saúde que impõe a adequabilidade dos corpos e do

¹² A vaginectomia consiste no procedimento cirúrgico de retirada parcial ou total da vagina e a neofaloplastia corresponde a cirurgia para reconstrução peniana utilizando partes da própria pele do corpo.

¹³ Utilizamos o termo “hormonioterapia” quando referimos a textos oficiais, tais como portarias, resoluções. Quando não, preferimos usar “hormonização” pois entendemos que o primeiro vem carregado de sentido aproximado a passar por um “tratamento” para que se melhore de algo. Já o segundo, conota ao ato mesmo de se harmonizar, conforme apontado por Fran Demétrio na ocasião da banca de qualificação da pesquisa, em 20/06/2017..

¹⁴ Informação proferida pela professora Luciana Vieira que estava presente na referida reunião, na aula “Tópicos Especiais 1: Dos transtornos às singularidades das experiências trans: gênero, tecnologia e saúde”, da pós-graduação de Psicologia, na UFPE - campus Recife, em 31/01/2017.

gênero. Nesse tópico, vamos discutir a saúde como um direito, sua determinação social e, por fim, a integralidade como princípio fundamental na implementação do sistema público de saúde. Aspectos esses que compõem a noção de cuidado que embasamos esse estudo e acreditamos que deva ser produzido nos serviços em saúde.

Paim (2007), ao discutir sobre a Reforma Sanitária em sua tese intitulada “Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão crítica”, cita Fleury (1992) para afirmar que esta não chega a consolidar uma mudança de paradigma de fato. No referido trabalho, o autor desenvolve esse raciocínio de forma bastante articulada, porém, para o presente estudo, é importante destacar a capacidade que esse movimento teve de desestabilizar a velha compreensão de saúde predominante pautada no biológico, para propor como alternativa uma concepção ampliada desse direito (PAIM, 2007).

Sobre a Reforma Sanitária, Mattos (2009) aponta constructos importantes do contexto à época, que possibilitou construir os pilares epistemológicos do Sistema Único de Saúde (SUS):

Ela [a concepção de saúde], assim como o arcabouço institucional do SUS, deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de 70, quando, no contexto da luta pela redemocratização do país e da construção de uma sociedade mais justa, um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde e às práticas de saúde então hegemônicas. Crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas. Na tentativa de realizar esse sonho foram forjados os princípios e diretrizes que mais tarde seriam acolhidos no texto da Constituição. p. 46.

O SUS foi, portanto, construído por intensa participação da sociedade, tendo sua efetivação em 1990. Compreende a saúde como um direito de todas as pessoas brasileiras. Abarca como princípios filosóficos e organizativos a integralidade, a equidade e a universalidade. Com foco na concepção ampliada de saúde, visa transcender às determinações biológicas do processo saúde-doença. Desse modo, assume o compromisso de construir suas ações livres de quaisquer discriminações e exclusão social.

Dos três princípios doutrinários do nosso sistema público de saúde, escolhemos a integralidade para analisar o cuidado, pela sua abrangência conceitual e que, de certo modo, vincula-se intrinsecamente aos outros dois (SILVA JUNIOR et al, 2006; CECÍLIO, 2009). Embora não apareça nominalmente como princípio na lei orgânica de saúde¹⁵ (8080/90), a equidade encontra-se próxima da igualdade na etimologia, mostrando-se como contraponto

¹⁵ Lei que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços no âmbito do SUS.

para as desigualdades (PAIM; SILVA, 2010). Entretanto, faz-se necessária uma distinção para os variados sentidos que este conceito pode assumir, a partir da ideia de justiça de Aristóteles (Ibidem). No caso da atenção a saúde, pode ter a configuração de atendimento igual para os que são desiguais, e de outra maneira, pode compreender atendimento prioritário àqueles que mais necessitam, dentre os desiguais, com vista no alcance da igualdade (Ibidem). Esta última é a noção de equidade tomada aqui.

De modo amplo, a universalidade pode ser entendida como o que é comum entre todas/os. Na saúde, as propostas do Welfare State, da Conferência de Alma-Ata, e os resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reforçaram este princípio ao afirmar a saúde como direito de todas/os¹⁶. Assim, aparece como princípio ordenador do sistema quando instituída a lei 8080/90, com vista na garantia do acesso em todos os níveis de assistência a saúde, estruturada sob a diretriz da Constituição Federal (PAIM; SILVA, 2010).

Cecílio (2009) aponta que a integralidade, em sua maneira mais completa possível, abarca a noção de equidade. Isto é, alcançada a integralidade de modo ampliado no interior da organização das práticas, com articulação em rede entre várias tecnologias do cuidado em saúde, a escuta ficará cada vez mais afinada e vinculada à compreensão biopsicossocial das necessidades dos indivíduos, em cada encontro com a/o outra/o. Deixando de ser fragmentada a atenção, as necessidades de saúde não atendidas de uma pessoa tem mais chances de serem identificadas, e a equidade viria a ser subsumida. Também não se poderia falar de equidade, tampouco de integralidade, sem que todos tivessem acesso aos níveis de atenção que necessitassem, abraçando o princípio da universalidade.

Ao consultarmos a literatura científica, observamos que a concepção da integralidade é polissêmica (PAIM & SILVA, 2010; MATTOS, 2009). Não é possível que haja uma única resposta para a definição de integralidade, como nos alerta Mattos (2009), para não incorrer no erro de perder sentidos importantes do termo.

Antes de compreendermos as noções da integralidade que elencamos como prioritárias para o debate na saúde com as pessoas trans e travestis, precisamos nos situar em relação à algumas importantes linhas que configuram o cenário em que se concebem e organizam as ações e os serviços de saúde no Brasil. De acordo com Amorim (2016), na história da saúde

¹⁶ Traduzido do inglês, o termo Welfare State significa Estado do Bem-estar, e surgiu após as consequências da Segunda Guerra Mundial em vários países. Designa um aumento do papel do Estado na economia e nas políticas nacionais, garantindo os direitos mínimos para a vida. Em relação a políticas de proteção social, difere consideravelmente da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM; SILVA, 2010). Já a conferência de Alma ata enfatiza, dentre os principais consensos, a saúde como direito humano fundamental dos povos. Foi realizada em 1978 na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), entre Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e governos do mundo inteiro (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

brasileira, há várias perspectivas sobre os arranjos de prestação de assistência em saúde, que podemos dizer que tiveram mais força durante um tempo, mas que não necessariamente desapareceram em outros períodos. Assim como é possível que, ainda hoje, uma/um profissional tenha sua ação produzida a partir de várias lógicas distintas, dependendo da/o usuária/o ou situação que precisa lidar (MERHY, 2014).

Durante muito tempo o campo da saúde brasileira foi produzido sob a forma de “prestação de serviços”, em decorrência da privatização do sistema previdenciário e predominantemente com o foco na doença, organizado de modo assistencialista, hospitalocêntrico e curativista. Tal modelo se configurava sob fortes influências do modelo-flexneriano, que advém do Relatório Flexner, versado para a educação médica, em 1910, nos Estados Unidos da América. Tendo em vista que tal modelo encontrava-se de acordo com os interesses do Estado da época, foi ganhando cada vez mais influência, principalmente sob as formações em saúde. E quais seriam as principais características desse modelo? Atender ao *modus operandi* por “especialidades” e por “procedimentos”, imediatista, a partir das exigências do mercado e das relações estabelecidas na sociedade em geral (COSTA, 2013).

Como atribuições da divisão disciplinar dos currículos do ensino da medicina nos EUA, havia uma etapa chamada ciclo básico e outra denominada ciclo profissional. No primeiro, aprendiam ciências em laboratórios, e, no segundo, o local de aprendizado era na clínica e voltado para o “lidar com os pacientes”. Com isso, favorecia-se a formação de um profissional com a “cabeça” compartimentalizada. A atenção à saúde se volta para o laboratório, pois é exigido que a causa das demandas nesse setor fosse buscada dentro do corpo, comprovada laboratorialmente (PERILLO, 2008). A intervenção/atuação profissional agirá na origem da instalação da doença sob forma medicamentosa ou cirúrgica.

É frequente a associação desse modelo aos currículos de formação de profissionais de saúde e, segundo Ana Maria Costa (2013), essa maneira de orientar a formação não foi superada ainda hoje, na prática, apesar das várias tentativas¹⁷. Tanto na esfera macropolítica (discursos produzidos pelo Estado, categorias profissionais, produções científicas) quanto na esfera micropolítica (no agir que se dão nas interações sociais, no cotidiano) a lógica pautada nesse modelo predomina na organização das práticas de saúde nas sociedades ocidentais, produzindo um a um ser humana/o seccionada/o, pautada/o na origem biológica e individual.

¹⁷ Vídeo disponível em goo.gl/WK3LXF. Acesso em 25 de julho de 2017. Ana Maria Costa, médica sanitária, à época, era a atual presidenta do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (gestão 2011-2013 e 2013-2015).

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault afirma que a medicina tem seu papel atrelado ao do Estado desde a Revolução Francesa (SCAVONE et al, 2006). À medicina cabe dizer qual o “modelo” de homem, através do uso de suas técnicas e saberes, e

“tem por finalidade reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade, circunscrevendo essa região de conexões fundamentais para a constituição do homem moderno, tendo seu status vinculado de modo a fixar normas que para a gestão de suas existências (Ibid, p.180).

Segundo Foucault, o capitalismo primeiramente investiu no biológico, se apropriando do corpo como força de produção. O exercício de tal controle começa no corpo e com o corpo e diversos aparatos surgem para se encarregarem da saúde, no controle de doenças, e como fenômeno coletivo próprios a certa população (SCAVONE et al, 2006).

Mas, o campo em que ocorrem as disputas para essas orientações não é neutro. É caracterizado por disputas de interesses entre diversas/os sujeitas/os nas duas esferas. Em vista disso, concordamos com Fertoni e outras/os autoras/es (2015) quando apontam que é no cenário micropolítico do trabalho que podem emergir fissuras, resistências, pois é a partir do “cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários” (p. 1876) que o paradigma biomédico pode ser rompido.

Um sentido para a integralidade que vamos trazer se mostra como um contraponto ao referido modelo flexneriano e tem um olhar para o micropolítico do trabalho. Mattos (2009) aponta que seu surgimento remete ao movimento conhecido como medicina integral que apareceu também nas discussões sobre o ensino médico dos EUA. Este autor faz uma crítica ao atendimento à pessoa restrito às dimensões biológicas apostando num olhar para além da queixa trazida pela própria pessoa. Desse modo, relaciona-se com uma abordagem também preventiva, e que, por nem sempre vir atrelada explicitamente a demanda da/o usuária/o, devem ser feitas com muita prudência. Assim,

(...) a atitude do médico, que, diante de um encontro com o paciente, motivado por algum sofrimento, aproveita para apreciar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade. p. 53.

Este sentido tem a ver com um valor expresso na atuação das/os profissionais de saúde no encontro com as/os usuárias/os¹⁸. Portanto, a integralidade com o foco nas práticas vai depender da/o profissional. Por sua vez, esta/e precisa ter condições para desenvolvê-la (MATTOS, 2009).

Outro sentido para a integralidade vem atrelado a duas críticas feitas ao sistema de saúde e a organização do serviço desse setor, nos anos 70. A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) estabelecia que o MS fosse responsável pela saúde pública e o Ministério da Previdência Social pela assistência médica. Com isso, resultava em um sistema de saúde dicotomizado, com políticas separadas para a “saúde” e para a “assistência médica”.

Para realizar a articulação entre os lados, foi preciso uma transformação interna dos serviços: desenvolver a prática da unificação dos prontuários, por exemplo, para superação da fragmentação das atividades dentro da própria unidade, além da introdução de práticas assistenciais nessas unidades, com atendimento de demanda espontânea. Nesse último aspecto, vale ressaltar a importância de não restringir as ações ao instituído no momento da estruturação do trabalho de uma equipe, pois se assim for, põe em risco a integralidade ao deixar de responder às necessidades não previstas inicialmente (MATTOS, 2009). Desse modo, a primeira crítica está voltada para a forma de organização interna dos serviços de saúde.

A outra crítica vinha para a organização dos serviços de saúde de uma maneira geral, uma vez que os locais em que as práticas se davam eram distintos. A assistência médica previdenciária se dava nos hospitais; enquanto que as práticas diversas de saúde pública, como a imunização ou a execução de ações verticais do Ministério, como programas voltados para tratamento da tuberculose, se davam em centros de saúde, distanciando inclusive fisicamente o seu acompanhamento em saúde. Assim, a crítica vem no sentido da compreensão que não seria admissível “que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico e vice-versa” (MATTOS, 2009, p. 58).

Para lidar com esses desafios, a noção de integralidade teve de abarcar uma horizontalização da população e de suas necessidades, e parar de considerar a pessoa apenas a partir da via de entrada que ela teve no sistema. Considerando a fragmentação do olhar das/os profissionais para o atendimento à pessoa, a integralidade pode ser entendida como a

¹⁸ A escolha pelo termo usuário/a em saúde se dá para marcar o direito ao uso, entendendo saúde como serviço público e direito a ser garantido.

articulação entre os locais que se é atendido, podendo-se notar uma continuidade dos atendimentos. Nesse contexto,

a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer.” (MATTOS, 2009, p. 61)

Afinal, de acordo com este autor, em todos os sentidos que aponta para se entender a integralidade, ela vem ligada a oposição ao reducionismo, apresentando como perspectiva fundamental uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos, com articulação entre processos de trabalho e tecnologias diversas, abrangendo todos os níveis de complexidade e afirmada no diálogo entre as/os envolvidas/os (MATTOS, 2009). Podemos entender que essa noção vai ao encontro do que Paim e Silva (2010) apontam como cuidado integral, em sua revisão de literatura. Para eles, cuidar de forma integral é compreender a pessoa com olhar biopsicossocial, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos entre equipe e usuário/usuária. O diálogo é chave para a apreensão das necessidades por parte da equipe e apenas dessa maneira o projeto terapêutico-assistencial pode ser construído (PAIM; SILVA, 2010).

Portanto, a integralidade tal como trouxemos até agora contempla o intuito de focar no cenário micropolítico¹⁹ do trabalho. As pessoas trans e travestis demandam um cuidado integral, reforçando essa necessidade em decorrência da falta de preparo de profissionais, e diversas outras dificuldades para o acesso que enfrentam constantemente. Acreditamos que é urgente e necessário alcançar a integralidade na atenção à saúde para as pessoas trans e travestis no Brasil, tendo em vista que atualmente o hospital funciona como espaço privilegiado de atendimento a essa população, onde a lógica médica ganha centralidade. Não podemos esquecer que, historicamente, essas pessoas foram alvo da tutela médica, que continuam proferindo inclusive sobre sua condição de ser e estar no mundo. Nesse sentido,

¹⁹ O embasamento para o uso deste termo refere-se ao sentido trabalhado por Guattari e Rolnik (1986), para quem a dimensão micropolítica refere-se a uma “análise das formações de desejo no campo social” (p. 127).

para sabermos de suas reais necessidades, essas pessoas precisam ter seus espaços de escuta ampliados e legitimados, em consonância com um cuidado na perspectiva integral.

Como consideramos que o cuidado integral é produzido não somente nas interações sociais, mas também de forma compartilhada entre serviços, ou seja, em rede, trazemos alguns discursos proferidos em documentos, entre tantos outros que existem e são tecidos por diferentes sujeitas/os. Para a Lei 8080/90, alicerçada na Constituição Federal de 1988, esta noção, ordenadora da rede de serviços e ações, envolve um investimento articulado e contínuo, com trabalhos preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1988).

No que concerne à problemática da saúde das pessoas trans e travestis, a própria portaria nº 2803/13 do Processo Transexualizador no SUS traz a integralidade da atenção como diretriz, não restringindo ou centralizando as metas terapêuticas às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas. Além disso, assevera que a assistência integral deverá ser garantida através de diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico; atendimento da modalidade ambulatorial e hospitalar por meio de equipe multiprofissional; acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório; hormonioterapia, bem como, garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem.

Em uma carta escrita ao ministro da saúde Alexandre Padilha, no ano de 2012²⁰, feita por representantes dos movimentos sociais, profissionais e da academia expressaram a reivindicação de “14 pontos fundamentais” para o atendimento integral da saúde da população transgênero atendida pelo SUS. Dentre eles, destacamos: fim do modelo psiquiatrizante; efetivo atendimento integrado por meio de equipe multidisciplinar, sem restrição às modificações corporais do sexo; respeito ao nome social; formalização de rede de atenção integral, com linha de cuidado estabelecida, acolhimento, acompanhamento e comunicação da Atenção Básica (AB) a Alta Complexidade (AC), inclusão do acompanhamento à hormonioterapia na AB; garantia às pessoas trans da participação nas reuniões das equipes multidisciplinares, sempre que seu caso for pautado.

Por muito tempo, a construção de políticas públicas em saúde voltadas para a população trans esteve atrelada às ações e estratégias que envolvia o enfrentamento de Aids/HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As pessoas envolvidas nesse momento como alvo pelas políticas eram especialmente as travestis e as mulheres transexuais por serem consideradas dentro dos grupos prioritários, dada que a grande maioria exercia

²⁰ Essa carta foi escrita no bojo das discussões para construção das portarias do Processo Transexualizador no SUS e encontra-se disponível em goo.gl/qbCRTR, acesso em 30/01/2017,

como trabalho a prostituição. Nesse sentido, as políticas reconheciam que esta situação desenha um estado maior de vulnerabilidade em relação a riscos para IST's, assim como o trabalho na rua torna mais constantes casos de agressões e outras violências (BRASIL, 2013a).

Apesar de não haver mudanças no tocante à situação de vulnerabilidade dessa época (décadas de 80 e 90) para cá, podemos destacar que a partir dos anos 2000 foi possível à desvinculação como alvo exclusivo de políticas a partir das IST's²¹. Isso foi fruto de conquistas dos movimentos sociais, aliadas às denúncias no MPF. Entendendo que as demandas das pessoas trans eram mais complexas e envolvia problemas com faltas de acessos a vários direitos como pessoa humana, a partir de discussões junto a grupos que construíam políticas públicas no âmbito dos Direitos Humanos, na 13ª Conferência Nacional de Saúde surgiram recomendações de que a orientação sexual e a identidade de gênero seriam incluídas na análise da determinação social da saúde (BRASIL, 2008).

Em 2009, o Conselho Nacional de Saúde aprova a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBTT, que passa a vigorar a partir de 2011. Mais a frente em nossa discussão, iremos aprofundar sobre as contribuições que esta trouxe para pensarmos a integralidade no cuidado a população "T", propriamente. Outra conquista, vale destacar, foi a garantia da utilização do nome social²² em qualquer instância do SUS desde 2009 (BRASIL, 2009a).

Apesar da inegável ampliação do alcance de políticas de saúde, estas estiveram vinculadas às ações para o enfrentamento às ist's, ou voltadas para realização de alterações corporais, coladas, ainda por cima, a um diagnóstico médico psiquiátrico, através do Processo Transexualizador. Embora tragam a integralidade como prerrogativa para o cuidado e a própria portaria do processo transexualizador abarcar seu conceito como diretriz, perguntamos se no cotidiano do trabalho o cuidado integral consegue ser alcançado de alguma forma.

²¹ Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais-ANTRA (2018), 90% das travestis e mulheres transexuais trabalham com prostituição. Essa situação é por vezes promovida e reforçada diariamente em decorrência da exclusão familiar, social e escolar, que as coloca numa condição de pouca qualificação profissional, criando obstáculos para sua inserção no mercado de trabalho formal.

²² Nome social é o nome pelo qual as pessoas trans se reconhecem, desejam ser chamadas no cotidiano e na grande maioria dos casos reivindicam oficialização dessa alteração nos documentos civis. No Brasil, por ainda não possuir uma lei de identidade de gênero que garanta esse direito de modo amplo e irrevogável, o nome social é entendido como direito por algumas instâncias, como no SUS e em universidades públicas federais, ficando a cargo de cada instituição/empresa e ou localidade tomar uma posição quanto a isso. Com a publicação online do Supremo Tribunal Federal no primeiro trimestre do presente ano, foi autorizada a alteração de nome e gênero no registro civil por pessoas trans sem realização de cirurgias, e ou autorização judicial. Porém, esta decisão só está valendo para estados que fizeram publicação dessa medida em diário oficial. Situação essa que deixa a desejar em relação ao restante do país que fica a mercê das decisões que cada cartório considera ou não, como Pernambuco.

A Política Nacional de Saúde Integral, por reconhecer que a discriminação e o preconceito incidem no processo saúde-doença dessa população, legitima no âmbito de discursos nacionais a existência da travestifobia e transfobia, ou seja, toda forma de discriminação e violação de direitos humanos e sociais em função das expressões de gênero, e que incidem na condição de saúde, no processo de adoecimento e produção de sofrimento das pessoas transexuais e travestis no Brasil (BRASIL, 2013a).

Segundo essa política, as pessoas devem ter acolhimento e encaminhamento adequados ao chegar à Atenção Básica, conforme também preconiza a carta das/os usuárias/os (BRASIL, 2011). Afinal, as demandas e problemas de saúde, por parte das pessoas trans, passam a ser vistos com mais complexidade e diversidade.

Reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde, por “exporem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, violando seus direitos à dignidade, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (Informe Técnico Institucional, 2008, p. 571). Nesse sentido, podemos compreender que muitos dos problemas de saúde que essas pessoas podem apresentar advêm da dificuldade em frequentar os serviços. Sendo assim, há um propósito de evitar situações em que elas se sintam constrangidas. Por exemplo, não podemos afirmar que os corpos de homens trans podem ter mais chances de desenvolver câncer de colo de útero, mas as dificuldades para o acesso aos serviços, como atendimento não adequado às condições trans, como o não respeito ao nome social, contribui para que eles façam menos ou simplesmente não façam exames preventivos.

Nesse aspecto, Peres (2010) traz que na construção de um sistema público de saúde brasileiro, apesar dos avanços evidentes, principalmente ao trazer a saúde como um direito da população, há muitas barreiras quando vamos analisar os acessos a partir dos variados marcadores sociais.

Ao longo dos anos, desde 1988 e da implantação do SUS, houve muitos acertos em suas ações, mas também muitos obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelas mais variadas categorias, seja classe social, raça, etnia, identidade de gêneros, orientação sexual, relação intergeracional ou estética corporal” (PERES, 2010, p. 309).

A discriminação e o preconceito que ocorrem dentro dos espaços de saúde são fatores principais que levam as pessoas trans e travestis a se afastarem dos serviços em saúde, pois

não querem passar por constrangimentos em decorrência da identidade de gênero, e/ou responder a questões feitas por profissionais que pressupõem a heterossexualidade de forma compulsória, por exemplo. Nesse sentido, o objetivo geral da referida política é promover a saúde integral da população LGBTTT por meio de ações e de mecanismos de gestão que visem à eliminação de toda forma de discriminação e preconceito institucional, para que haja a diminuição das desigualdades da população brasileira como um todo, o que vai ao encontro de um SUS consolidado como sistema integral, universal e equitativo.

Bastos e Faerstein (2012), ao discutirem as relações entre discriminação e saúde, trazem que uma das conceituações para discriminação, é a de que se refere a um conjunto de comportamentos que se identificam pelo “tratamento diferencial e desigual de pessoas ou de grupos em razão das suas origens, pertencimentos, aparências (...) ou opiniões, reais ou supostas” (TAGUIEFF, 1997, p. 131 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2012, p .26). Assim, tratar de modo desigual às pessoas no sentido da atenção, da oferta, do tempo de consulta e de toque na pessoa, por conta de sua identidade de gênero, é considerado discriminação.

Nessa perspectiva, ao trazer como central o debate de que a identidade de gênero das pessoas é fator para tratamento diferenciado e desigual dentro dos serviços de saúde, essa política está reconhecendo que, para chegar a cuidar, é preciso eliminar formas, jeitos e omissões que discriminem as pessoas. Não há cuidado se há discriminação.

2.4 AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE

Além das transformações corporais das pessoas trans e travestis manterem-se tuteladas às normativas médicas e jurídicas, dado o acesso aos serviços via patologização de suas identidades (TENÓRIO; PRADO, 2016), é preciso destacar outras questões pertinentes que permeiam as implicações para o cuidado em saúde. Conforme discutido, a perspectiva assistencial em saúde, no qual o processo transexualizador se estrutura tem muito reflexo do desenho flexneriano, enraizado na lógica biologicista, organizado a partir da fragmentação, com o foco na queixa dos indivíduos e hierarquizado entre categorias profissionais. Já sabemos que o hospital é o maior representante desse modelo que une médicos divididos por especialidades, exames e cirurgias ofertadas (PERILLO, 2008).

Assim, ao trazer a discussão dessa perspectiva de atenção, hegemonicamente médico-centrada, pretendemos refletir que o serviço em que se desenvolve este estudo, se insere no

nível de atendimento de alta e média complexidade²³. No entanto, acaba, por vezes, sendo a porta de entrada para o sistema de saúde. Porém, não deve ser compreendido como isolado de outros serviços e autossuficiente na resolução das demandas. Ele compõe, ou deveria compor uma rede de serviços.

Com aposta nesse caminho, o SUS preconiza que os serviços de saúde componham uma Rede de Atenção à Saúde – RAS (Lei 8080/90). Desta forma, para que haja integração, propõe-se a construção de sistemas de referência e contra referência monitorados por acompanhamento e avaliação em seu funcionamento interno que trata da condução ou encaminhamento para outros serviços, de acordo com o nível de atenção. (FRATINI et al, 2008). No caso do presente estudo, sabemos que o processo transexualizador abarca os diversos níveis de atenção à saúde (portaria 2803/13) e possíveis articulações com outros setores em que esse fluxo deve ser estabelecido, como a assistência social, educação, previdência social, entre outras (SANTOS et al, 2014) .

Frente às implicações que o processo de cuidar envolve, sabemos que a mera oferta das “técnicas do cuidado” não expressa toda a dimensão cuidadora que as pessoas necessitam. Nesse sentido, nos parece um enorme desafio abarcarmos toda a diversidade de detalhes que esta configura. Sendo assim, arriscamo-nos a alcançá-la da forma mais transversal possível, preocupadas em não promovermos novas capturas estagnadoras de “modos de se fazer”.

Assim, as pessoas trans e travestis demandam um cuidado integral que atendam as suas reais necessidades. Para isso, compreendemos que esse cuidado do qual estamos falando tem de ser produzido em rede, entre serviços, pois é preciso um cuidado compartilhado e qualificado para dar conta das necessidades, complexas e diversas. Também, o cuidado do qual estamos falando acontece nas interações entre as pessoas, entre profissional e usuária/o, e abrange o aspecto relacional, portanto.

Ayres (2009) destaca algumas aproximações hermenêuticas, importantes para a discussão do cuidado no âmbito da saúde postuladas por Heidegger e alguns seguidores a partir da alegoria de Higino, refletindo sobre aspectos imbricados ao processo de “cuidar”, tais como: movimento, interação, identidade, alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade e responsabilidade.

²³ Os atendimentos no SUS acontecem em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. A primeira, considerada porta de entrada do sistema, abarca um conjunto de ações para a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde que busca acompanhar e resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância no território que atua. (BRASIL, 2006). A média complexidade envolve a assistência ambulatorial, com intervenções nos principais problemas e agravos de saúde, compondo profissionais e tecnologias especializadas. Na alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, “envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”. (BRASIL, 2009c, p. 32).

O autor afirma que, ao nos colocarmos em movimento no mundo, nossas identidades existenciais são construídas no ato em que interagimos com a/o outro/a e as coisas. A identidade de cada pessoa se faz sempre na presença de outra e a alteridade, portanto, define-se “sempre pela construção de uma identidade” (p. 45). Na base desse processo, encontra-se a plasticidade: “não fosse plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência” (p. 46). Ainda há que se considerar o potencial criador do ser humano, capaz de construir projetos próprios ao cuidado, sendo ele, ao mesmo tempo, criador e curador desse projeto. Ademais, “é do encontro desejante com as circunstâncias que se origina o ser vivente” (p. 46) e “é sempre na perspectiva do fluxo do tempo (...) que faz sentido falar de cuidado” (AYRES, 2009, p.47).

Finalmente este autor aborda a responsabilidade no processo de cuidado colocando que, de acordo com o pensamento de Heidegger, “o conhecimento do mundo é já um modo de ser no mundo, e não um distanciamento do mundo” (p. 49). Dessa maneira, considerando que a existência tem um sentido, embora não linear, “cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza.” (AYRES, 2009, p. 49). O processo de cuidado produzido, portanto, tem a ver, fundamentalmente, com o modo como se dão as interações entre profissionais e usuáries/os, considerando as circunstâncias em que acontece, em que tempo e com responsabilidade.

Ayres afirma que frente aos avanços tecnológicos e científicos da Medicina, há aspectos tanto positivos, quanto negativos²⁴ cabendo às/aos profissionais de saúde construir mediações e escolher dentre as possibilidades que existem “o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios” (AYRES, 2009, p. 61). Isso porque entende a ciência não como mera aplicação de tecnologias, mas, como algo que envolve uma decisão das/os profissionais de saúde sobre o que pode e deve ser feito. E ele refere-se a assistir “a nós próprios” porque entende que o momento assistencial pode (e deve) atentar para as trocas diversas que podem ocorrer na interação terapêutica.

Aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar

²⁴ Nesse sentido, Ayres considera que os efeitos da aceleração do alcance da diagnose e prevenção, bem como, da melhora do prognósticos de pessoas com agravos podem ser positivos. Porém, o mesmo avanço produz maior autonomização dos exames e intervencionismo exagerado, além do “encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia” que trazem limites evidentes para o processo de cuidado (AYRES, 2009, p 57).

quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente. p. 64.

Indica ainda que há alguns desafios para uma reconstrução das práticas de saúde: a) voltar-se à presença do outro; b) otimizar a interação e c) enriquecer horizontes. Sobre o primeiro desafio, afirma que a contribuição de Merhy pode auxiliar na reconstrução do espaço de operações dos saberes tecnológicos. Segundo Silva Junior e outras/os autoras/es (2003), Merhy contribui na discussão sobre as tecnologias leves do cuidado, especialmente quando se preocupa com o ato das interações intersubjetivas, como, por exemplo, o “acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde” (apud AYRES, 2009a, p. 68). Discutiremos mais as contribuições deste autor em seguida.

O espaço das tecnologias leves trazem à otimização das interações. De acordo com Teixeira (2003), o espaço relacional funciona como “um espaço de conversação e os serviços de saúde como complexas e dinamicamente interligadas redes de conversação” (apud AYRES, 2009, p. 68) onde usuárias/os e sujeitas/os técnicas/os se fariam ouvir.

Finalmente, o autor contribui com a ideia de que, para que um “cuidar efetivo” se realize, é necessário que a racionalidade das tecnologias e executoras/es das ações tenham seus horizontes expandidos e que “a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas” (AYRES, 2009, p. 70). Para tal,

é preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Todos esses nortes dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos as surradas bandeiras da *interdisciplinaridade* e *intersectorialidade* – as quais nunca será demais endossar. A essas somaríamos outra, ainda, não tão celebrada mas já relativamente valorizada: a da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas. p. 70

De acordo com Merhy (2014), o cuidar em saúde, com vista na cura, tratamento e ou promoção da saúde, é decorrente do conjunto de ações das pessoas envolvidas na produção de atos em saúde – trabalhadoras/trabalhadores, gestoras/gestores e usuárias/usuários na micropolítica do trabalho vivo, inscrito no ato de realização do mesmo (MERHY, 2014). Ou seja, acontece no cotidiano do trabalho e de maneira sempre inédita e por distintos modos.

A produção do cuidado depende bastante da perspectiva atenção à saúde adotada por gestoras/es e trabalhadoras/es, ou seja, a produção do cuidado nem sempre estará comprometida com a cura ou promoção de saúde, por exemplo. Saúde, para nós, é um direito de todas/os e, o que entendemos por se produzir saúde está relacionado com o conseguir impactar ganhos nos

graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida (...) pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser ‘procedimento-centrada’ e não ‘usuária-centrada’, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc, sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos. (MERHY, 2014, p. 122).

Para tal, pautamos uma produção de cuidados em saúde de modo usuário-centrado, em que este/a possa falar e ser ouvido/a, em suas necessidades e direitos. Nessa perspectiva, os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais não devem se reduzir a utilização das “ferramentas-máquinas” (raio-x, instrumentos laboratoriais, fichários, prontuários). Em outras palavras:

mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem-estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho [...] e mesmo uma leve, cravada na produção de processos relacionais como atos de saúde. (MERHY, 2014, p. 123).

Nesse sentido, para cuidar é preciso dispor de uma caixa de ferramentas (conjunto de saberes que se dispõe para a produção de atos de saúde) ampla de modo a utilizá-la individualmente ou em equipe. Quanto maior a composição da caixa de ferramentas, “maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho” (MERHY, 2014, p. 118).

Desse modo, o cuidado integral em saúde ocorre a partir de uma combinação generosa e flexível entre as técnicas consideradas “duras”, “leve-duras” e “leves”. As primeiras se materializam como equipamentos físicos, como exames, prontuários e outros; as segundas se relacionam à construção de um olhar expert, centrado em saberes definidos e, por último e pulsante, é a condição “leve” que o usuário impõe, provocando o profissional a sair de seu

lugar de suposto saber para ser “contaminado” com a singularidade daquele atendimento (MERHY, 2013). Podemos compreender que essa articulação entre as tecnologias deve ter em vista a resolubilidade das necessidades das/os usuárias/os, marcada por posições horizontais e compartilhadas das linhas de cuidado, entre profissional e usuária/o, produzido no encontro.

O conjunto de valises representa a caixa de ferramentas tecnológicas e expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos/finalidades (MERHY, 2013a). Um procedimento voltado para o cuidado pode produzir finalidades que, por sua vez, expressem uma busca por saúde que permita a/o usuária/o estar no mundo e vivê-lo de modo autodeterminado, de acordo com seu universo de representações, assimilados e compreendidos pelos atores envolvidos (trabalhadora/or e usuária/o) de formas distintas, ou até mesmo podendo coincidir (MERHY, 2013a). Podemos afirmar que tanto para Merhy, quanto para Ayres, importa mais a qualidade dos meios do que propriamente o alcance dos fins.

Para Merhy, dentre as fontes que podem nos fornecer informações sobre o processo de cuidado há pessoas, livros, documentos oficiais, filmes, diários, entre outros, de forma oral ou escrita, que nos possibilitam conhecer um fato para posteriormente narrá-lo. Uma análise documental pode ser entendida sob o espectro do que se está instituído (MERHY, 2013b).

De acordo com Arán e Murta (2009), os processos de cuidado para travestis e transexuais, no que se refere s medidas técnicas adotadas pelos serviços, estão centradas, em linhas gerais, no tratamento hormonal, atendimento psicológico, psiquiátrico e do serviço social e na realização das cirurgias de transgenitalização e de caracteres sexuais secundários.

O tratamento hormonal/endocrinológico possui o objetivo de induzir o aparecimento de caracteres sexuais secundários conforme a identificação de gênero e com doses adequadas para cada pessoa. Entretanto, vale salientar que a literatura especializada exige investigações aprofundadas sobre os efeitos colaterais do uso prolongado de hormônios (ARÁN; MURTA, 2009). Em relação às cirurgias de redesignação sexual de mulheres e homens transexuais²⁵ é preciso levar em consideração a resposta individual à hormonização, dentre outros critérios relacionados às condições de saúde de cada pessoa. Além disso, o caráter experimental das

²⁵ Nas cirurgias de redesignação de mulheres transexuais e travestis, utiliza-se como tática cirúrgica “a retirada ou desmembramento do pênis, a retirada parcial do escroto, orquiectomia bilateral, uretroplastia, construção da neovagina, neoclitoroplastia e neovulvoplastia” (ARÁN; MURTA, 2009, p. 20). Em relação às modificações dos caracteres sexuais secundários, utiliza-se a “mamoplastia, cricotireoplastia, cirurgia de cordas vocais, cirurgia feminilizante de face e contorno corporal e realização de depilação definitiva” (ARÁN; MURTA, 2009, p. 20). Para a redesignação sexual de homens transexuais, em caráter experimental, são utilizadas como procedimentos cirúrgicos de transgenitalização: a histerossalpingo-ooforectomia, a colpectomia, a neofaloplastia e a escrotoplastia. No que concerne, a mudança de caracteres secundários é também autorizada, via pesquisa, a mastectomia bilateral, histerectomia bilateral e colpectomia (BRASIL, 2013b).

intervenções desejadas por alguns homens transexuais apresentam particularidades específicas, como o atraso das tecnologias para realizar a redesignação (ARÁN; MURTA, 2009).

Outras barreiras no cuidado específico com os homens trans são problemas posturais e dermatológicos decorrentes do uso de faixas que comprimem a região peito-torácica, uma vez que a realização das cirurgias por meio do SUS tem algumas limitações (fila de espera), e a falta de protocolos para as prescrições hormonais e o acompanhamento dos usuários. Além disso, não consta a testosterona na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME - nem na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME (LIMA; CRUZ, 2016).

O atendimento clínico deve contemplar o acolhimento no serviço, a construção do projeto terapêutico, as consultas individuais, bem como as articulações necessárias, de acordo com as demandas trazidas pelas/os usuárias/os, durante o mínimo de dois anos. Desse modo, no âmbito da prática clínica, a utilização de qualquer procedimento vai exigir das/os profissionais uma escuta²⁶ que apreenda o máximo possível das necessidades singulares, pois dentre as experiências da transexualidade há um continuum de possibilidades (ARÁN; MURTA, 2009). Assim, é imprescindível que haja construção de vínculo entre profissionais e usuárias/os para a adesão às ofertas do serviço seja alcançada.

Atualmente, usuárias/os costumam passar muito mais que os dois anos na fila de espera, não somente para as cirurgias, como também, para o acesso ao atendimento clínico, por conta da distância física, dificuldade para agendamento, falta de profissionais disponíveis, entre outros (ARÁN; MURTA, 2009). Chegam aos serviços, muitas vezes, em situação de vulnerabilidade, fazendo uso por anos de hormônios em doses e em condições inadequadas. Ademais, a prática do cuidado produzido pode engendrar inúmeras situações de violência, dada a frequência com que os profissionais assumem uma posição hierárquica e normativa de gênero na construção do cuidado em saúde e de si mesmos/mesmas (BENTO; PELÚCIO, 2012; LIMA, 2014; NEVES, 2015).

No Brasil, vale destacar que algumas pessoas transexuais desejam a cirurgia de transgenitalização pela exclusiva necessidade de reconhecimento social. Nessa direção, uma pesquisa pioneira acerca da assistência a saúde dessa população demonstrou que as demandas

²⁶ A escuta é um aspecto fundamental para a Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS (BRASIL, 2009b). Envolve o acolhimento da equipe a toda a queixa que a pessoa trazer, entendendo que é preciso ajudá-la a reconstruir e respeitar os motivos que a levaram a estar ali. Mais do que isso, busca correlacionar e compreender o máximo possível estes motivos com a própria vida, pois assim, aumenta as chances da demanda não ser direcionada apenas como um problema a ser resolvido pelo serviço. Esta escuta pode não ser possível o tempo todo, mas a equipe deverá saber quem precisa mais dela (BRASIL, 2009b).

embasadas em algum sofrimento psíquico precisam ser reconhecidas considerando as consequências sociais que permeiam a experiência transexual, decorrente da não aceitação desta vivência por parte da norma cultural vigente (ARÁN; MURTA, 2009)²⁷. Por outro lado, além de encontrarmos usuárias/os contrárias/os à desvinculação do acesso ao diagnóstico psiquiátrico, por receio de perder a assistência pública (ALMEIDA, 2010), há quem considere as modificações corporais, inclusive a cirurgia de redesignação, momento crucial para a autoconstrução, sendo fundamental para o caminhar de suas vidas.

Existem várias questões que compõem as demandas em saúde das pessoas trans e travestis, não somente as que estão descritas atualmente na portaria em vigor do processo transexualizador. Ainda é preciso considerar que para a construção do cuidado integral com as pessoas trans e travestis, é preciso se atentar a outras marcações sociais, não somente o gênero, mas também a raça, classe, orientação sexual, geração, entre outras. A delimitação desses marcadores na produção do cuidado visa pontuar os lugares estabelecidos nas interações sociais das práticas e busca visibilizar que tais processos, de modos diferenciados, impactam na saúde das pessoas (BASTOS; FAERSTEIN, 2012).

O SUS já identificou e reconhece que é um problema o uso indiscriminado de hormônios, aplicação de silicone industrial, e o sofrimento por conta do preconceito e exclusão da sociedade, incluindo risco para o suicídio. Também é um problema recorrente a falta de respeito ao nome social, entre várias questões já listadas (BRASIL, 2013a).

Tal como a vida está em constante transformação, entendemos que além desses aspectos discutidos até aqui sobre a prática de cuidado, há muitos outros da saúde das pessoas trans e travestis que não sabemos, pois a cada instante a vida de todas as pessoas estão sob efeito de mudanças. Há um leque diverso e amplo de possibilidades de viver e construir seus corpos, suas demandas em saúde, sua produção de cuidado. Nesse sentido, o ponto chave é sempre escutar o que eles e elas têm a nos dizer.

²⁷ Esta pesquisa não pôde ser finalizada devido ao falecimento de uma das autoras, Márcia Arán, em 2011.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesse capítulo, realizaremos os apontamentos epistemológicos no qual a pesquisa foi tecida, evidenciando os diálogos feitos principalmente com a Saúde Coletiva, a partir de uma perspectiva pós-estrutural. Em seguida, embasaremos o caráter qualitativo do estudo, evidenciando as contribuições do grupo de pesquisa coordenado por Emerson Merhy, denominado Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ, e que também fundamentam o procedimento de análise. Ainda, apresentaremos aspectos importantes do histórico do Espaço Trans, caracterização de ações e quadro de equipe. Apresentaremos também as 11 pessoas que foram entrevistadas na pesquisa, em relação ao perfil social, trataremos da realização das entrevistas e sobre o procedimento de indicação de usuárias/os junto a equipe.

3.1 APONTAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

Nossa pesquisa foi tecida entre vários diálogos, predominantemente com a Saúde Coletiva, a partir de uma perspectiva pós-estrutural. Isso quer dizer que dialogamos com autores/autoras desse primeiro campo, emergindo do terreno nos estudos pós-estruturais, principalmente sobre gênero e sexualidade.

Tomando como ponto de partida um campo que se opõe a uma concepção essencialista de sujeito e procura desconstruir o seu centramento a partir de determinadas relações estruturais (LACLAU, 1996). Rejeita conceitos universalizantes e essencialistas, alegando serem respostas simplistas para problemas complexos, que negam a materialidade e a ideologia existente nos problemas humanos.

Dessa maneira, o descentramento do sujeito anunciado por esse terreno de estudos possibilita pensar nas formas pelas quais múltiplas experiências que são vivenciadas em diferentes contextos vão constituindo identidades que nos definem como sujeitos (LACLAU, 1996). Para o autor, o sujeito passa a ser concebido como resultado de finitudes concretas, que se expressam na multiplicação de novas identidades que são o resultado da dissolução dos lugares antes ocupados pelo sujeito universal.

Foucault (1979) afirma que o conhecimento científico nunca foi desinteressado. Desse modo, toda produção de informação abarca relações de poder em jogo. Para se debruçar sob qualquer produção de conhecimento, portanto, aponta que pode ser estratégico reconhecer a

construção dos sujeitos dentro de sistemas de significados e representações culturais que permitem sua apreensão no campo social (PINAFI, 2015).

Sendo assim, compreendermos o sexo e o gênero como construções e interrogamos de que forma se consolidou uma concepção hegemônica sobre as identidades trans que possibilitaram a produção de corpos que não são tidos como “viáveis” em nossa cultura.

A categoria “sexo” é uma norma, “aquilo que Foucault chamou de ‘ideal regulatório’” (BUTLER, 2000, p.111). Butler (2003) afirma que o gênero e o sexo não devem ser pré-definidos a partir de uma morfologia anatômica. O sexo não é uma condição fixa e óbvia de um dado corpo, mas é um processo normativo materializado e reforçado através do tempo. Ele faz parte de uma “prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir — demarcar, fazer, circular, diferenciar — os corpos que ela controla.” (BUTLER, 2000, p. 110). O “sexo” seria desse modo uma das normas que torna um corpo qualificado para ser compreendido dentro da inteligibilidade cultural (BUTLER, 2000).

Por essa ótica, o gênero também seria compreendido como efeito de práticas reguladoras (BUTLER, 2003; BENTO; PELÚCIO, 2012). Não deve ser entendido como uma produção sem intenções, pois os efeitos que dela incidem reiteram o discurso que se quer que prevaleça. Assim, os discursos que incidem sobre o sexo e o gênero são vários, e na produção do que é lido como um corpo transexual e/ou travesti em nossa cultura, o campo do saber médico vai exercer papel fundamental como discutimos no capítulo anterior. Trabalha para materializar o sexo no corpo (BUTLER, 2000), e para consolidar o marco do que é normal e saudável a partir da reiteração da suposta coerência entre sexo biológico e gênero cultural (BENTO; PELÚCIO, 2012).

As subjetividades que não são reconhecidas e inteligíveis dentro da ótica de regulação de gênero binária, e, por conseguinte, também heterossexual, são excluídas e reforçadamente mantidas nesse local de exclusão. É justamente nessa zona que a transexualidade vai ser compreendida, sendo ela tratada e tutelada por quebrar esta coerência (BENTO; PELÚCIO, 2012). Nessa perspectiva, Butler (2000) afirma que:

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

circunscrito. (...) Neste sentido, pois, o sujeito é constituído através da força da exclusão e da abjeção, uma força que produz um exterior constitutivo relativamente ao sujeito, um exterior abjeto que está, afinal, ‘dentro’ do sujeito, como seu próprio e fundante repúdio. (BUTLER, 2000, p. 112)

Desse modo, vemos que não há naturalidade alguma na produção das identidades. É um processo definido pela marcação da diferença e da exclusão, em que uns serão melhores do que outros, mais reconhecidos do que outros, que terão mais ou menos direitos entre si (PINAFI, 2015).

Arán (2006) afirma que o diagnóstico de “transexualismo” possui como embasamento tais práticas, fundado numa matriz binária heterossexual, sendo inteligível culturalmente apenas o que possa ser dividido em dois pólos (homem ou mulher) e com apenas uma possibilidade de experiência da sexualidade. Esta regulação da sexualidade e da subjetividade configura-se numa gramática normativa do sistema sexo/gênero. Nessa perspectiva, e também na que nos embasamos, as intervenções corporais podem funcionar a serviço da lógica binária e heterossexual. Tal problematização não deslegitima as demandas das/os usuárias/os que devem ser garantidas pelo SUS, ao contrário, serve de alerta para que o ‘processo transexualizador’ não seja uma máquina de adequação de corpos ao referido modelo.

Nosso principal interlocutor teórico no campo da Saúde Coletiva foi o grupo de pesquisa coordenado por Merhy, e por isso achamos importante evidenciar que a base epistemológica em que produzem conhecimento promove diálogos com o solo de onde partimos. O grupo parte de uma crítica à construção de saberes ditos modernos, cuja centralidade encontra-se em uma ideia de “homem”, racional e universal, para os estudos das chamadas Ciências Humanas. Apostam que os campos epistemológicos são campos políticos, sendo assim produtora de espaços de disputas e resistências (DERRIDA, 1973 apud MERHY; LIMA, 2016). Nesse aspecto, firmam uma pesquisa dentro das Ciências Humanas e Sociais em Saúde que traga o contexto dos modos de vidas de quem se estuda e suas demais relações, considerando que nos modos de vidas ocidentais estão inseridos “diferentes processos que têm em comum a medicalização das vidas, centrado na doença e nos processos de adoecimento” (MERHY; LIMA, 2016, p. 19).

3.2. NATUREZA DA PESQUISA

Usamos para essa pesquisa a abordagem qualitativa descrita por Turato (2005) na qual a/o pesquisadora/or tem o interesse voltado para a busca dos significados das “coisas” (podem

ser fenômenos, fatos, eventos, entre outros) que dão molde à vida das pessoas e são partilhadas culturalmente. Considera que o campo onde ocorrerá a pesquisa é onde o sujeito vive e não há controle de variáveis. Sendo assim, a/o pesquisadora/or é instrumento da própria pesquisa e seu corpo serve como instrumento de aprendizagem e análise. A escuta deve ser feita com profundidade, o que propicia a/ao pesquisadora/or se aproximar de modo afinado da questão em estudo. Por fim, não se podem realizar generalizações dos resultados obtidos “pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito” (TURATO, 2005, p. 510).

Minayo (1992) também nos oferece uma importante contribuição sobre essa abordagem em pesquisa quando afirma que é apropriada para

aprofundar a história; captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares ou com a população, compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também, aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais (p. 369).

Importa pontuar que esse trabalho possui uma preocupação ética e política com relação aos encontros produzidos. São neles e com eles que esse material é construído: tecido por muitas trocas, aprendizados e afetos. Através de encontros (des)propositados, produzidos para discussão nas disciplinas cursadas, nas reuniões de equipe com as/os profissionais, comigo mesma durante a escrita, com as mulheres trans, travestis e homens trans entrevistadas/os, com outras pessoas que puderam provocar e contribuir com essa construção, na sala de espera do Espaço Trans, nos corredores do hospital ou da universidade, nos eventos da área temática, no cinema ou no café.

Adotamos uma perspectiva situada em nosso fazer, tal como Michelle Fine delinea em entrevista concedida a Adrião (2015): “se vemos o mundo de onde sentamo-nos”, importa refletir sobre quem nós somos, situar quais questões e lugares nos atravessam, pois este processo nos coloca em posições diferenciadas nas relações que estabelecemos e certamente atravessa a produção da pesquisa. As perguntas que fazemos, os métodos escolhidos, indagarmos a quem pertencerá essas informações, e ainda, quem as utilizarão e para que, foram questões centrais que nos acompanharam do início ao fim desse trabalho.

Assumidamente, não houve neutralidade em nenhum dos encontros, ancoradas em compromissos éticos e políticos, atualizados a cada passo que demos. Spivak (2012) também nos alerta sobre o perigo da/o intelectual adotar uma posição hierárquica em relação aos estudos com classes subalternas. Considerando que no contexto político e social em que

vivemos as pessoas transexuais e travestis encontram-se expostas a inúmeras violações e não concessões de direitos, preocupamo-nos a todo instante para não cairmos na armadilha, dotadas de certa pretensão, de querer falar por essa população.

Em relação ao caminho percorrido para alcançar os objetivos, consideramos que essa pesquisa produz o que chamamos de “interferências” no campo onde atua, sendo identificadas como “pesquisa interferência”, conforme as produções do grupo de pesquisa²⁸ coordenado pelo professor Emerson Merhy (CERQUEIRA GOMES; MERHY, 2014). Esse tipo de pesquisa surgiu em 2013 a partir da demanda, por parte do Ministério da Saúde, de avaliações em saúde que emergissem do fazer micropolítico, e que fossem além do que os clássicos indicadores já demonstravam (MERHY, 2016). Nesse cenário, o cotidiano do processo de cuidado deveria ser central para a produção do conhecimento, em que todas as/os interessadas/os, acadêmicas/os, profissionais, gestoras/es, usuárias/os, familiares pudessem ser envolvidas/os e implicadas/os no processo. Esse tipo de pesquisa vai à direção contrária a uma produção de conhecimento realizada de modo unidirecional em que apenas ao final do processo o resultado é “devolvido à equipe de saúde” que pouco teria se apropriado do que estava sendo produzido.

Schiffler e Abrahão (2014), componentes do mesmo grupo de pesquisa, apontam que “interferir” no processo de trabalho enquanto a investigação se produz promove efeitos na forma de olhar e cuidar das pessoas. Para elas, a pesquisa interferência investiga os acontecimentos que produzem desvios no campo, num dado espaço e tempo, no processo de trabalho da equipe cuidadora, no mesmo momento que acontece. De modo que a pesquisa seja capaz de expressar o encontro entre o instituído e as potências instituintes, referendada pelas/os teóricas/os da Análise Institucional²⁹ e o seu resultante permeando todo o movimento produzido (Ibid). Nesse sentido, a pesquisa que propusemos apostou em provocações interferentes no processo de trabalho: 1) ao discutir com a própria equipe os critérios para a escolha das pessoas entrevistadas, problematizando os motivos das escolhas; 2) ao continuar participando de reuniões de equipe subsequentes a apresentação da pesquisa, sendo

²⁸ Pertence a Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, vinculada à Pós-Graduação da Clínica Médica da UFRJ.

²⁹ A Análise Institucional influenciou bastante a clínica psi, e o campo da Saúde Coletiva, principalmente ao instrumentalizar o trabalho com grupos e intervenções em instituições (ROSSI; PASSOS, 2014). Foi um movimento cujo campo prático ganhou consistência conceitual na década de 60 na França e entrou no Brasil na década seguinte, principalmente através de René Lourau e George Lapassade. Estes propuseram a criação de dispositivos para intervenções em grupos, analisando os processos de institucionalizações apropriando-se do jogo entre as formas (instituído) e o processo (instituinte). Nesse sentido, Lapassade considera que as instituições são formas, produzidas historicamente em uma sociedade instituinte, que produzem, assim como mantêm, relações sociais. Lapassade e seu grupo de trabalho propuseram ferramentas para intervenção relacionadas às ideias de análise de implicações, transversalidade, analisadores, e outras.

impossível descolar do meu posicionamento o que vivi e ouvi nos encontros com as pessoas entrevistadas, mesmo que, por motivos éticos, eu não tenha dito expressamente o conteúdo e 3) durante outro trabalho em andamento junto a equipe que eu também participava, (a ser detalhado no item 3.5.1) estive o tempo todo permeado por discussões problematizadoras do próprio processo de trabalho e mais uma vez – reafirmo - minha fala e intervenções estavam imbricadas de intencionalidade.

Ainda como exemplo de interferência no processo de trabalho, importante comentar que próximo a minha finalização de participação nas reuniões de equipe, em dezembro de 2017, organizei junto às profissionais da equipe nuclear do Espaço Trans um diálogo entre a equipe e a coordenação do serviço de referência às pessoas trans e travestis do Uruguai, por vídeo conferência (dada a distância, pois esse meio foi o mais prático e viável). Essa sugestão foi dada por ter sido o lugar no qual realizei o estágio eletivo do programa de residência multiprofissional, no início de 2015, como dito anteriormente³⁰.

Em nosso ponto de vista, essa perspectiva sem dúvida dialoga com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49) refletem a partir da leitura de Haddad, Roschke e Davini (1994) que a educação permanente em saúde parte “da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços”. Portanto, processos que pressupõem a transformação das práticas profissionais “deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho (...) tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (ibid)”. Para isso, é fundamental criar dispositivos para reunir o coletivo e discutir o sentido dos atos produzidos no cotidiano, reconhecendo as especificidades do tempo e lugar em que acontecem, e com as/os agentes e instituições implicadas/os na produção das práticas em saúde (CECCIM, 2005).

³⁰ Essa conversa aconteceu dia 13 de dezembro de 2017, no Núcleo de Telessaúde da UFPE. Participaram Suzana (psicanalista e coordenadora do Espaço Trans), Mônica (psicóloga); Isis e Cristiane (assistentes sociais), Ariete, Amanda e Jesana (estagiárias de serviço social), Eliane (farmacêutica) e Ricardo (coordenador do ambulatório Patrícia Gomes, recém inaugurado à época) e eu mesma. Foram feitos outros convites para a incipiente rede de saúde do Recife, mas, alguns não conseguiram comparecer e outros não foram avisados. O objetivo da conversa, conforme definimos na ocasião foi para o conhecimento entre os serviços, trocarem sobre as principais potencialidades e entraves das experiências em cada país, tirar outras dúvidas que pudessem surgir, e ainda, iniciar um diálogo para possíveis construções conjuntas a serem tecidas.

Assim, entendemos que o papel da pesquisa, notadamente construída por e com parceiras/os vinculadas/os a instituições públicas, com financiamento público, tem o dever de operar de fato com a realidade e provocar o meio acadêmico ao qual está imerso a produzir outras formas de se relacionar com o “campo”, frequentemente inóspito a pesquisadoras/es parciais e que proponham uma construção do conhecimento mais compartilhada.

3.3 LÓCUS DA PESQUISA

A escolha do município se dá por ser o único serviço de referência no SUS em nível macrorregional (Norte/Nordeste) habilitado a realizar cirurgias de transgenitalização³¹, sendo Recife um dos únicos cinco locais no país a realizar tais procedimentos. Os demais serviços estão localizados em hospitais universitários nas cidades de Porto Alegre/RS, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP e Goiânia/GO.

O “Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans e Travestis”, ou simplesmente “Espaço Trans” - nome social atribuído ao serviço - abarca as modalidades ambulatoriais e hospitalares e sua construção foi impulsionada após o fechamento do antigo serviço, em 2011, que funcionava na Ginecologia do mesmo hospital. Vale salientar que os movimentos sociais e várias/os usuárias/os qualificavam experiências vividas nesse serviço como negativas e por vezes, desastrosas (TENÓRIO et al, 2017).

O local onde o estudo foi realizado, apesar de seguir as orientações da Portaria 2803/13 do Ministério da Saúde, fundamentadas em prerrogativas hegemonicamente médicas, busca adotar uma abordagem despatologizante no qual o diagnóstico não funciona como critério de entrada no serviço (TENÓRIO et al, 2017). Localiza-se dentro do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no 2º andar do bloco E, sala 236. É, portanto, um hospital-escola.

O município de Recife ainda conta com atendimento especializado, não exclusivo, para homens trans, modalidade ambulatorial, desde 2016, no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco - CISAM/UPE (TENÓRIO et al, 2017) e a partir do primeiro semestre de 2018, passou a atender as mulheres trans e travestis. Os demais serviços que realizam atendimento ambulatorial credenciado no processo transexualizador do SUS, no território de referência (norte/nordeste) funcionam nos municípios de João Pessoa/PB, Lagarto/SE, Belém/PA e Salvador (BA), criados por iniciativa

³¹ Alteração cirúrgica do órgão genital para adequação à imagem que a pessoa trans deseja (JESUS, 2012).

local³². Sabe-se também, através de representantes do movimento social, que o estado do Ceará estava em processo de abertura de um ambulatório para pessoas trans enquanto esta dissertação estava sendo escrita.

Durante o processo de escrita também passou a funcionar o primeiro ambulatório LGBT no Recife vinculado a Atenção Básica, na Policlínica Lessa de Andrade no dia 20 de novembro de 2017. De iniciativa municipal, este serviço conta com equipe não exclusiva³³ composta por psicólogo, médico, enfermeiros e residentes de um Programa Multiprofissional de Saúde da Família. Denominado “Patrícia Gomes”³⁴, possui a capacidade de 20 atendimentos por semana, via demanda espontânea, sendo aberto ao público de segunda à quinta, no período da tarde³⁵. No mesmo ano, o Hospital da Mulher do Recife passou a oferecer atendimento no ambulatório LBT, não credenciado pelo SUS, durante dois dias da semana (segunda-feira e quarta-feira), com equipe composta por uma psicóloga, uma assistente social e um médico. Porém, dentro da categoria “T”, restringiu o acesso para “transexuais-transgenitalizadas”.³⁶

O Espaço Trans foi criado no ano de 2014, após vários embates dos movimentos sociais através da participação popular de usuáries/os em instâncias deliberativas em saúde e por pressão jurídica via Ministério Público de Pernambuco (MPPE). Desde o início, o serviço ampliou o atendimento aos homens trans e às travestis, via demanda espontânea, e acolheu as antigas usuáries do serviço, dada a total desassistência que havia se configurado com o fechamento do antigo local (TENÓRIO et al, 2017).

Sabemos que com a aprovação do credenciamento do HC nas modalidades ambulatorial e hospitalar na Atenção Especializada do Processo Transsexualizador, no final de 2013, algumas profissionais foram remanejadas de outros setores do hospital, tendo uma dessas já realizado trabalho específico anterior à população em estudo. Nenhuma delas tinha experiência e formação específica na área (informação verbal³⁷).

³² Informação do portal do Ministério da Saúde. Disponível em: encurtador.com.br/qxyz0. Acesso em: 15/03/2018.

³³ Isso quer dizer que essa mesma equipe não atende somente as pessoas LGBT. Por um lado, a não exclusividade é importante para ressaltar o olhar ampliado a todas as pessoas e integral, não direcionando o olhar apenas a elas como se por ser LGBT demandasse profissionais exclusivos para elas. Por outro lado, a falta de preparo de profissionais, dificuldade para o acesso, e exclusão social apontam a necessidade para que se tenha serviços e equipes suficientes voltadas somente a suas demandas.

³⁴ Seu nome atribuído foi uma homenagem a essa ativista trans, que militou na promoção de direitos e cidadania das mulheres trans.

³⁵ Disponível em <https://goo.gl/59bMRm>. Acesso em: 30/01/2018.

³⁶ Informação obtida em <https://goo.gl/GaWxfr>. Acesso em 29/03/2018.

³⁷ Informação proferida pela assistente social Cristiane Valença em reunião de equipe, no Espaço Trans/UFPE, em 25/10/2017.

No início de 2014, houve reuniões convocadas pela direção do HC para realizar planejamento e estruturar o serviço, discutir instalações necessárias para internação e aquisição de materiais. Nessas reuniões, participavam chefias de serviços ambulatoriais e cirúrgicos, e demais profissionais já definidas para compor a equipe (TENÓRIO et al, 2017).

Para atender às pessoas que interromperam o tratamento de hormonização, assim como pela demanda espontânea que estava aumentando, um grupo de profissionais se antecipou e deu início a alguns tipos de atendimentos antes da inauguração oficial: uma psicóloga, uma assistente social, um cirurgião ginecologista e um cirurgião plástico. No mês de abertura oficial do serviço, em outubro de 2014, Leonardo Tenório foi contratado através de processo seletivo (TENÓRIO et al, 2017), único profissional transexual da equipe.

Em 2015, aconteceram duas deliberações importantes do Hospital. As portarias 97 e 105 (ambas do HC/UFPE/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH) estabeleciam a criação da equipe dentro do organograma administrativo do hospital, subordinada a Chefia da Divisão da Gestão do Cuidado, com coordenação da psicóloga Suzana Livadias, e também responsável técnica para a modalidade ambulatorial. Já na modalidade hospitalar, o cirurgião ginecologista José Carlos de Lima assumia o cargo de coordenador. Em seguida, foi construído um cronograma semanal para os atendimentos, bem como objetivos administrativos em diálogo com a direção do hospital (TENÓRIO et al, 2017). Aqui, ressaltamos a coordenação de uma das modalidades do serviço representada por uma psicóloga, posição hegemonicamente ocupada por profissionais médicos.

Além da psicóloga, assistente social, recepcionista e uma enfermeira foram disponibilizados dois ginecologistas para atender mulheres trans e travestis, cada um com duas vagas por semana (quatro atendimentos) e duas vagas (dois atendimentos) por semana no ambulatório de endocrinologia do Hospital das Clínicas para homens trans. A fonoaudiologia também disponibilizou uma profissional para atendimentos. Rogerson Andrade (cirurgião urologista) foi chamado pelo concurso da EBSEH e parte da sua carga horária foi direcionada para o Espaço Trans. Em sua atuação incluía acompanhamento pré e pós-operatório, bem como a realização de cirurgias, acompanhado pelo cirurgião ginecologista José Carlos de Lima (TENÓRIO et al, 2017).

O setor de cirurgia plástica foi designado para realizar a colocação de próteses e toracoplastias nos homens trans e o setor de otorrinolaringologia por fazer as tireoplastias. Também foram agregadas à equipe outra ginecologista e uma mastologista para atuar com homens trans, junto a Cirurgia Plástica. As profissionais Mônica Silveira e Isis Araújo (psicóloga e assistente social, respectivamente) chegaram à equipe um ano após sua abertura

através do concurso da EBSEERH, cumprindo parte da carga horária em outros setores. Também foi estabelecida parceria entre o HC e o Programa de Residência de Saúde da Família e Comunidade da Universidade de Pernambuco para campo prático de médicos residentes, sob responsabilidade de tutoria de Marianne Sabino, que em seguida tornou-se médica voluntária do Espaço Trans, com abertura de agendas para acompanhamento de hormonização (TENÓRIO et al, 2017).

As psicólogas e assistentes sociais assumem a função de Técnicas de Referência para as/os usuárias/os, dentro da organização do processo de trabalho da equipe nuclear do Espaço Trans. Assim, cada usuária/o possui uma profissional a qual tem como referência imediata para o cuidado, sem exclusão das demais. Cada técnica, ainda, ficaria responsável pela construção do Projeto Terapêutico Singular junto com cada usuária/o.

Acerca das ações das profissionais, há os grupos operativos e informativos, que ocorrem quinzenalmente e são coordenados pelas profissionais da equipe nuclear, exceto a recepcionista. Os primeiros tem objetivo de facilitar a troca de experiências e reflexões e discussões acerca de questões de gênero, sexualidade e os segundos possuem o objetivo de “empoderar as pessoas trans na luta pelos seus direitos sociais e humanos” (TENÓRIO et al, 2017, p. 122).

Ainda em relação às atividades, as psicólogas e assistentes sociais realizam atendimentos individuais e elaboração de relatórios necessários à mudança de nome e gênero, bem como, para fazer cirurgias na rede particular de saúde e articulam a rede de assistência social a partir das demandas (TENÓRIO et al, 2017).

Acerca dos fluxos de atendimento, inicialmente foi definido que quem chegasse ao serviço sem uso prévio de hormônios, passaria pela “triagem”, composta por quatro consultas entre psicologia, assistente social e enfermagem. Para realizar as cirurgias, as pessoas são encaminhadas a consultas individuais com os cirurgiões e realizam os exames pré-operatórios. Já as/os usuárias/os com uso de hormônios prévio ao acesso ao Espaço Trans, seriam encaminhadas/os imediatamente a médica/o para acompanhamento da hormonização.

Sobre a realização das cirurgias, em março de 2015 uma sala no bloco cirúrgico do HC ficou disponível para o Espaço Trans. Assim, estabeleceram-se as costuras que configuraram a equipe do serviço desde os primeiros contatos e segue até o quadro atual: duas psicólogas, duas assistentes sociais, um psiquiatra, cinco enfermeiras, uma farmacêutica e um urologista, todas/os cisgêneras/os e a recepcionista, transexual que compõem a equipe considerada nuclear e de referência do Espaço Trans. Salientamos que após a saída espontânea de Leonardo da recepção, Éricka assumiu o cargo, em abril de 2016. As/os demais profissionais

citados anteriormente compõem a equipe de referência para atendimento às pessoas trans e travestis no Hospital das Clínicas, e não são consideradas da equipe nuclear para o processo de trabalho. Vai-se demonstrando uma divisão entre profissionais e equipes, nessa configuração.

Percebemos que o empenho das/os profissionais inicialmente apontadas como referência, e depois das/os demais (psicóloga e assistente social) que iam se agregando na equipe nuclear especialmente, foi grande. Houve pouca sensibilização no HC para receber o novo serviço de atendimento às pessoas trans e travestis mesmo que o Espaço Trans estivesse credenciado no Ministério da Saúde, desde a sua fundação. Um dos poucos investimentos se refere a uma sensibilização de 50 funcionárias/os, em 2016, dois anos após a abertura do serviço no hospital, e nada mais (TENÓRIO et al, 2017). Sendo assim, nenhuma/um profissional que assumiu algum tipo de atendimento voltado às/aos transexuais, travestis e demais transgeneridades recebeu treinamento, capacitação ou qualquer forma de preparo para iniciar os atendimentos.

3.4 AS/OS PARTICIPANTES

não sei se você percebeu, mas as coisas mudaram um pouco por aqui
 mudaram porque eu vivo brotando e percebendo os diferentes cheiros de flor
 sempre vivi encontros, beijos, despedidas e lembranças
 nessa ordem
 sem dor
 de pessoas à palavras e pedaços de mim
 por parte de vida, fui apenas yett, quem queria saber o que sentia sem saber exatamente como.
 depois o antúrio floresceu, e a aurora que amanhecia em mim brilhou em outras manhãs e levou yett
 junto. hoje, a aurora que já raia sem bater na janela, se despede de quem foi yett, mas guarda com
 lembranças genuínas tudo o que foi sentido
 yett, encontro por encanto
 jamele, encontro por ser e sentir
 jamele é uma cor, algo como um mostarda ou meio laranja queimado, também é um fruto, ou
 o que se parece ser um, ou um coração
 nada disso tem descrito cientificamente ou nos livros de artes e biologia
 está descrito num pedaço de encontro e fantasia que senti num vagão de metrô e numa árvore que
 encontrei no caminho depois de descer no ponto de ônibus errado
 está principalmente descrito no que somos: aurora e carol
 duas pretinhas teimosas que decidiram ser praticamente do mesmo sangue
 me sinto florindo tropicália, brasilidade, como se estivesse de volta aos anos oitenta e yett já
 não era mais parte disso
 deixar pra depois seria tarde demais
 deixar pra depois não soa muito bem com o nome aurora
 aurora jamele
 pra vida
 pra arte
 pros amores

pras ruas
 pras telas
 pra ti

Aurora Jamelo, publicado no Facebook, em 30 de agosto de 2017.

Início com esse poema de Aurora numa tentativa de apresentar as pessoas que participaram como entrevistadas: as/os usuárias/os do serviço³⁸. Essa autora se autodefine como mulher, trans, preta. O poema traz passagens de sua vida, usando poeticamente a ideia de florescimento para falar de suas transições, marcado por florescimentos, amanheceres... Destaco aqui o ato de florescer, e também brotar, atrelado ao processo de transformar-se. Ato que se deslocam em transições. A transição como florescimento.

A partir dessa leitura, propus fazer referência às/aos participantes por nomes de árvores, no sentido poético. Escolhi árvores porque são firmes, possuem raízes e também produzem sombras que acolhem. Há algumas que possuem flores, como etapa de um dos momentos de seus ciclos. Uma árvore que floresce está impregnada de transições que, geralmente, estão ligadas às estações... e nesse sentido, penso em estações que passamos por nossa vida e que são compartilhadas com outras pessoas.

Tomo emprestado do viés poético da ideia de árvore e de características sociais de cada uma delas, prioritariamente, como forma de associá-las a algum aspecto suscitado em mim a cada encontro. São árvores da região geográfica em que vivemos, especialmente as que nascem na caatinga e que possuem a estação de florescimento. Descritas brevemente, as árvores da caatinga na época da seca, costumam perder suas folhas como estratégia para atravessar o período de estiagem e vem a renascer a cada temporada de chuva. São resistentes e poderosas: muitas são medicinais e fundamentais para a sobrevivência do povo sertanejo, para fornecimento de frutos, madeira, sombra, entre outros, e acima de tudo, produzem o ar que respiramos nesta pesquisa.

Dáí surgem os nomes das pessoas que me concederam as entrevistas: Juazeiro, Carnaúba, Aroeira, Umbuzeiro, Baraúna, Cajueiro, Caraibeira, Jatobá, Pereiro, Cajazeira e Umburana. Tal como o poema traz: “nada disso tem descrito” em “livros de artes e biologia/ está descrito num pedaço de encontro”. Foram trazidas, portanto, situações singulares que carregam fragmentos de suas vidas e que nessa dissertação, emergem com força, seguindo aos objetivos que nos propusemos a cumprir.

Os critérios para a escolha das pessoas foram estabelecidos pela proximidade e conhecimento das pesquisadoras com o campo: ser usuária/o do “Espaço de Acolhimento e

³⁸ A publicação do poema foi autorizada pela autora.

Cuidado para Pessoas Trans e Travestis” há no mínimo seis meses e se autodefinir como homem transexual, mulher transexual e travesti, de acordo com a escuta das/os profissionais. Isto é, perguntamos à equipe qual a indicação delas/es a partir do que ouviam sobre a própria autodeterminação das usuárias/os.

Elencar algumas “categorias” foi preciso por entender que, em princípio, devem caracterizar demandas de saúde distintas passando por solicitações da área psicossocial, pelas mais diversas mudanças corporais, hormonização etc.

O período mínimo foi estabelecido considerando o acolhimento e a adesão a algum recurso terapêutico. Além disso, consideramos os diversos momentos de inserção no serviço, ou seja, as/os usuárias/os foram divididas/os entre aquelas/es que estão inseridas/os no serviço há mais de seis meses de atendimento e aquelas/es que tenham mais de dois anos, referente ao tempo mínimo obrigatório para o acesso a alguma intervenção cirúrgica.

Dessa maneira, propusemos entrevistar dois homens trans; dois homens trans que submeteram a algum processo cirúrgico; duas mulheres trans; duas mulheres trans que se submeteram a algum procedimento cirúrgico; duas travestis e duas travestis que se submeteram a algum processo cirúrgico, totalizando onze pessoas. Nesse momento, após explicar os critérios de escolha, pedi que a equipe apontasse usuárias/os de cada “categoria” apresentada, a partir do que elas/eles avaliassem como “experiência exitosa” e como “experiência não exitosa”, que serão descritas no item 2.5. Apostamos nessa forma de escolha por entendermos que a equipe está mais próxima do cuidado produzido no cotidiano junto às/aos usuárias/os. Não participaram da pesquisa aquelas/es usuárias/os que não corresponderam aos critérios acima.

A caracterização do perfil das nossas árvores foi composta por diversos marcadores sociais (conforme demonstrado no Quadro 1). A média de idade foi de aproximadamente 29 anos, sendo a mais nova com 21 e as três mais velhas com 34, e todos/as concluíram o Ensino Médio, sendo que três deles/as (uma mulher trans e dois homens trans) adentraram o curso superior, mas apenas um homem trans concluiu.

Comparando com dados do Projeto Além do Arco-íris/Afro Reggae, encontrados em ANTRA, (2018), estima-se que apenas “cerca de 0,02% das mulheres trans e travestis estão na universidade, 72% não possuem o ensino médio e 56% o ensino fundamental” (p. 18). Não encontramos estudos sobre a escolaridade média de homens trans. Considerando as condições que incidem mais diretamente nas vivências transexuais femininas e travestis acerca da expulsão cedo de casa, evasão escolar, entre outras (BENTO, 2006; SILVA, 2007; ANTRA,

2018), podem ser que estas circunstâncias tenham atravessamentos na inserção delas no ensino superior.

Em relação à identidade de gênero, as mulheres trans indicadas pela equipe se autoidentificaram, na maioria, como mulheres, e uma travesti, assim referenciada pela equipe, no momento da entrevista se autoafirmou mulher trans, em decorrência de uma dúvida que havia apresentado durante aquela semana sobre a questão da autoidentificação. Tal ideia estava vinculada à noção de que “travesti é um homem que se transveste de mulher”, sugerida por uma colega, e que remonta a ideia de quando o termo passou a ser usado no Brasil, próximo ao século XVI (LEITE JUNIOR, 2008). Por negar essa definição, há alguns dias que se autoafirmava mulher trans.

Já em relação à orientação sexual, praticamente todos/as se afirmaram heterossexuais, sendo um homem trans que se identificou como pansexual. Numa lógica discursiva não binária, quando falamos de atração sexual e ou amorosa, a pansexualidade busca romper com o dicotômico masculino/feminino da bissexualidade (MEDEIROS; BARBOSA, 2015).

Considerando que para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) negros e pardos configuram a população negra no Brasil, a maioria das pessoas entrevistadas são negras. Sobre a classe social percebida, a grande maioria encontra-se na faixa classe média baixa/baixa. Vale destacar que embora não conseguiremos adensar teoricamente na discussão das relações entre gênero, classe e raça, sabemos que são atravessamentos fundamentais para a compreensão das experiências e que partem de condições e opressões diversas (HIRATA, 2014).

Todos residiam à época da entrevista no Estado de Pernambuco, sendo 2 (duas) advindas do Agreste, e as/os outras/os 9 entre Recife e Região Metropolitana.

Quadro 1. Perfil social

Nome	Idade	Identidade de gênero	Orientação Sexual	Raça	Escolaridade	“Classe social percebida”	Região onde reside
Aroeira do Sertão	34 anos	mulher transexual/ travesti	Heterossexual	Branca	Ensino superior incompleto	Baixa	R. M. R.
Baraúna	32 anos	Travesti	Heterossexual	Negra	Ensino médio completo	Média	R. M. R.
Cajazeira	28 anos	Mulher	Heterossexual	Parda	Ensino médio completo	Pobre	Agreste de Pernambuco
Cajueiro	27 anos	Transexual masculino	Heterossexual	Pardo	Ensino médio completo	Média baixa	Agreste de Pernambuco
Caraibeira	34 anos	Mulher	Heterossexual	Branca	Ensino médio completo	Média baixa	R. M. R.
Carnaúba	34 anos	Mulher	Heterossexual	Parda	Ensino médio completo	Média baixa	R. M. R.
Jatobá	23 anos	Travesti	Heterossexual	Parda	Ensino médio completo	Média	Recife
Juazeiro	30 anos	Homem trans	Pansexual	Branco	Superior completo	Média	Recife
Pereiro	27 anos	Masculina	Heterossexual	Branca	Ensino médio completo	Baixa	Recife
Umburana	21 anos	Mulher trans	Heterossexual	Parda	Ensino médio completo	Baixa	R. M. R.
Umbuzeiro	30	Homem trans	Heterossexual	Negro	Superior incompleto	Média	R. M. R.

Legenda: R. M. R. – Região Metropolitana de Recife

3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Para atingir os objetivos que a pesquisa se propôs, traçamos e seguimos os seguintes passos, de modo sequencial, mas sem necessariamente esperar terminar um para iniciar o próximo: 1) realizamos revisão bibliográfica assistemática para construção do capítulo sobre estado da arte e referencial teórico que embasa este estudo; 2) elaboramos o roteiro de questões, no modelo semiestruturado, e elencamos os critérios guias para a indicação das pessoas feita pela equipe; 3) realizei uma entrevista “piloto” com o militante e pesquisador Léo Tenório; 4) agendamos a participação na reunião de equipe e a equipe realizou a indicação das pessoas a serem entrevistadas, a partir da discussão suscitada pelos critérios. Nesse momento, decidimos o modo como faríamos o contato com os/as usuários/as; 5) realizei as entrevistas e enquanto isso, participei das reuniões de equipe assiduamente, e de

algumas até dezembro do mesmo ano, de acordo com as necessidades dos trabalhos em andamento; 6) nesse período, participei do primeiro fórum popular e 7) presenciei momentos na sala do Espaço Trans³⁹, antes ou depois de alguma entrevista, ou quando estava por perto e passava para conversar com alguém sobre algo relativo às atividades iniciadas. Para tanto, utilizamos como ferramentas a observação participante, compreendendo que através dela interferências acontecem; como instrumento para coleta de dados sobre aspectos sociais nos reportamos à consulta em prontuários. Para as entrevistas, elaboramos e utilizamos o roteiro guia (Apêndice A), e realizamos gravações em áudio com auxílio de um *tablet*. Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) que somente depois de lido e assinado, abriu espaço para o início da entrevista. Outros registros aconteceram através de anotações nos diários de campo e gravações minhas em áudio, após a realização das entrevistas. Todos os materiais utilizados encontram-se arquivados no Laboratório de Estudos da Sexualidade Humana, localizado no Departamento de Psicologia da UFPE.

A técnica da observação participante tem suas origens remontadas na Antropologia Cultural, com operacionalização em contextos e grupos diversos, sendo aos poucos apropriada também pelas Ciências Sociais e Humanas (LESSARD-HÉBERT et al, 1999). Para Queiroz e outras autoras (2007, p. 278), na observação participante, “tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto”, partilhar o momento que se vive determinada situação, possibilitando integrar quem pesquisa e o que é pesquisado, sem o distanciamento ao qual nossa formação escolar durante muito tempo nos ensinou. A redefinição dos objetivos da pesquisa pode ser comum quando se utiliza essa técnica, visto que reflexões pertinentes vão sendo feitas no percurso que se trilha ao conhecer melhor seu campo (FOOTE WHYTE, 2005).

Consideramos que a observação participante consistiu na preocupação desde a aproximação com o campo, ser aceita a participar das reuniões, bem como na presença na sala do Espaço Trans. O tempo de permanência e o término da observação participante, por ser um estudo principalmente inserido na área da saúde, foram estimados de acordo com objetivo do estudo, de acordo com Ross e Kyle (1982) em Queiroz et al (2007).

Estivemos atentas à extensão do questionário, e tínhamos ciência que poderia ser um limite para o momento das entrevistas. Em nosso roteiro-guia havia questões pré-elaboradas, sendo que outras poderiam ser acrescentadas, caso houvesse necessidade para uma investigação mais aprofundada. Porém, mesmo tendo essa ciência, decidimos mantê-lo com a dimensão final (36 questões foram direcionadas a todas/os, e mais sete questões para quem

³⁹ A sala referida, anteriormente, que funciona como recepção, espera, local para grupos, atendimentos, etc.

havia realizado algum tipo de intervenção cirúrgica, caso não houvesse abordado anteriormente) por compreender que investigamos questões específicas sobre o serviço, principalmente no início do trabalho cujos objetivos encontravam-se ampliados, e que algumas poucas questões não conseguiriam contemplar nossos objetivos, sendo reforçada essa ideia após a conversa-piloto com o militante e pesquisador Léo Tenório (relatada no item 3.5.3).

Ademais, encontramos alguns limites quando chegamos às entrevistas, e que entendemos que fazem parte de adequações de acordo com a oferta real do campo relativos à definição das pessoas que iriam participar da entrevista e ao local de realização. A indicação foi feita pela equipe do Espaço Trans, e em reunião de equipe, conforme explicitarei no item 3.5.2. Não foi possível fecharmos a configuração dos nomes pessoas apenas nesse dia. Aguardamos principalmente a sinalização de algumas travestis, sendo definida uma delas no tempo em que outras entrevistas iam acontecendo. Também não encontramos uma travesti que tenha feito algum procedimento cirúrgico no período, e decidimos fechar com 11 pessoas entrevistadas, sendo duas travestis indicadas como experiência exitosa, visto a dificuldade de encontrá-las, conforme prevíamos inicialmente. Quando esta etapa finalizou, houve uma pessoa que realizou a cirurgia de transgenitalização e se considera travesti, mas já não poderíamos convidá-la para a pesquisa.

Como sugestão da equipe, elas fizeram o convite às/aos usuárias/os e tendo aceitado, passaram o contato para que eu marcasse o melhor dia e horário para nossos encontros. Todas as entrevistas foram agendadas por telefone ou aplicativos de mensagens instantâneas e marcadas de acordo com a possibilidade de cada pessoa, dando preferência para o dia em que já havia alguma consulta, grupo ou outro compromisso no HC. Sempre antes das entrevistas marcadas eu precisei verificar se havia sala disponível no andar do Espaço Trans, dada a dificuldade para arranjar salas do setor. Quase todas conseguimos fazer no próprio HC e apenas uma foi realizada na Diretoria LGBT da UFPE, que também compõe o campus da UFPE.

A pesquisa proposta seguiu os princípios éticos de respeito pela pessoa, beneficência e justiça, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 196/96 do Ministério da Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi lido e assinado no início das entrevistas e consta que há o resguardo pelo anonimato para efeito de publicações científicas.

Por ser um estudo vinculado à pesquisa “Processo de cuidado integral à saúde das pessoas trans no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco”, cuja

aprovação pelo Comitê de Ética dessa Instituição de Ensino já foi realizada, não houve necessidade de ser novamente submetido a esse setor.

3.5.1 A aproximação com o Espaço Trans

Minha aproximação se deu através de uma disciplina que a prof.^a Dr.^a Luciana Vieira ministrou como “eletiva” no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em 2016.2. Ela solicitou às/aos discentes, ao final do semestre, a elaboração de um projeto de intervenção que correspondesse a um diálogo realizado entre o conteúdo discutido e a necessidade prática de algum serviço especializado em saúde para pessoas transexuais e travestis. Próximo a UFPE, havia, o Espaço Trans e o ambulatório LBT. Após algumas discussões, o grupo de trabalho formado, inicialmente, por oito discentes que estavam matriculadas/os na disciplina, resolveu operacionalizar com o Espaço Trans, por ser o Hospital-Escola da própria UFPE havendo uma abertura já sabida por parte da equipe em nos receber. Demandas era certo que iríamos encontrar, inclusive era a percepção que algumas pessoas do grupo nos relatavam, já que havia passado pelo serviço em algum momento da vida acadêmica. Para uma delas o Espaço foi também campo de estudo na dissertação, e para outra, local de realização das “atividades acadêmicas”⁴⁰. Essa percepção revelava o interesse da equipe em projetos como esse, que visassem contribuições acadêmicas e práticas ao serviço. Também já era certo que seria meu campo de pesquisa e vi como uma ótima oportunidade para me aproximar das profissionais e do serviço.

Nesse contexto, uma das demandas verbalizadas pela coordenadora do serviço foi a reformulação do instrumento denominado Projeto Terapêutico Singular (PTS) que foi acolhida por nós em consonância com os objetivos da disciplina. Dessa forma, nossa proposta de trabalho foi pautada nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde e consistiu em uma construção conjunta com a equipe do instrumental. Nosso papel foi de facilitar o processo, preparando oficinas com cunho teórico e problematizador em que pudessemos trabalhar desde o problema que girava em torno do instrumento – e pouco uso dele, entre outros pontos encontrados no processo de discussão – e a construção de uma reformulação conjunta, em que fosse útil no dia a dia.

⁴⁰ Compõem o currículo mínimo da Pós Graduação em Psicologia/UFPE, podendo ser realizadas entre atividades de pesquisa, ensino, orientação e extensão, de acordo com a escolha da/o mestranda/o ou doutoranda/o (Informação disponível em <https://goo.gl/AZgkR8>. Acesso em 03/04/2018).

Com a adesão da UFPE à greve nas universidades públicas, no final de 2016 só retomamos as atividades em janeiro do ano seguinte. A primeira reunião para a apresentação e discussão das propostas aconteceu antes da disciplina finalizar, ainda no mês de retorno aos trabalhos. Dessa maneira, algumas discussões e elaboração do plano de intervenção foram feitas junto ao grupo de trabalho inicial de discentes, mas, com o término do semestre, as facilitações dos encontros foram realizadas apenas por mim e Francis Kich, doutorando da Pós-Graduação e orientando de Luciana Vieira. Pois, ambos tinham disponibilidade, atrelada ao interesse, em continuar o processo junto ao Espaço Trans.

Os seis encontros com a equipe⁴¹ ocorreram durante o ano corrente, iniciando em abril e o último em outubro. Quando apresentei o projeto de pesquisa da dissertação, na reunião de equipe do dia 12 de julho de 2017, havia já acontecido quatro oficinas, além da primeira reunião, entre outros momentos informais em que havíamos nos encontrado.

Entendemos como fundamental o processo da construção do PTS, em andamento, para a realização dessa pesquisa. Merhy (2016) aponta que para chegar a perguntar sobre o que incomoda a equipe em seu cotidiano, há que ter um trabalho anterior da equipe entre si, percorrendo um caminho que venha problematizando seu fazer, e com a equipe estabelecendo vínculos de confiança. Nesse sentido, a construção dessa atividade esteve vinculada à minha chegada, como “pedindo licença” para iniciar qualquer outro trabalho que viesse a ser proposto. Assim, tive a oportunidade de desenvolver uma escuta mais atenta, e foi possível propor a elas/es discussões mais aprofundadas sobre problemáticas que envolveriam o acesso ao cuidado produzido. Ainda, entendemos que esse processo disparado também pode ser configurado como condição para que as/os profissionais participassem da pesquisa enquanto protagonistas, e não meros objetos (Milles e Hubberman, 1984 apud QUEIROZ et al 2007).

3.5.2 A apresentação da pesquisa em reunião de equipe e escolhas das pessoas entrevistadas

A equipe tinha a informação que a pesquisa deveria iniciar no segundo semestre de 2017. Para fins de apresentação e discussão do trabalho a ser iniciado no serviço, participei da reunião de equipe que aconteceu no dia 12 de julho de 2017, agendada previamente e contou com a presença das duas assistentes sociais, as duas psicólogas (dentre elas a coordenadora da equipe), a recepcionista, duas residentes e o médico cirurgião urologista. Do momento que

⁴¹ Participaram assiduamente as psicólogas, as assistentes sociais e recepcionista. O cirurgião urologista participou algumas vezes juntamente com as estagiárias e residentes.

inicie a apresentação até o final da discussão referente à pesquisa, foi usada 1 hora e 44 minutos.

Apresentei os objetivos da pesquisa, os atravessamentos que me levaram a chegar a eles, as etapas e solicitando que elas/es, enquanto equipe, fizessem as indicações das pessoas a serem entrevistadas, entendendo que estavam em uma relação mais próxima do cotidiano do processo de cuidado. Em seguida, apresentei as primeiras ideias que embasariam a indicação das pessoas e que seria a partir da reflexão sobre o entendimento de “experiências exitosas” e “não exitosas”. Apresentei outros critérios, como ser usuária/o do serviço há no mínimo seis meses e se autodefinir como homem transexual, mulher transexual e travesti. Lembrando que, apesar de considerar aqui as pessoas a partir de “categorias”, entendemos que, em princípio, essas autodefinições estariam caracterizando demandas de saúde distintas. Além disso, consideramos os diversos momentos de inserção no serviço, ou seja, foram divididas/os entre aquelas/es que estão inseridos no serviço há mais de seis meses de atendimento e aqueles/as que tenham mais de dois anos, referente ao tempo mínimo obrigatório para o acesso a alguma intervenção cirúrgica.

Começamos pela discussão em equipe do que seria compreendido como “experiência exitosa” e “experiência não exitosa”, disparada com a apresentação do esboço do quadro nº 2. Após o debate e acréscimo de um critério, conforme o quadro mostra, solicitei à equipe que apontasse usuárias/os de cada “categoria” apresentada, a partir do que elas/eles avaliam como tais. Apostamos nessa forma de escolha por, além do que já foi afirmado, estar atrelada a uma proposta de Educação Permanente em Saúde. Foi a partir daí que meus encontros com as/os usuárias/os aconteceram.

Importante destacar que esse caminho feito para escolha das/os participantes buscou compreender no processo de cuidado produzido entre usuária/o profissional o que a equipe tem considerado como “problema” e o que tem considerado como relevante e satisfatório. A perspectiva foi problematizar a discussão em equipe suscitada a partir disso no sentido de 1) reconhecer junto a ela o que tem considerado que “tem feito de bom” e o que considera que é preciso estabelecer novas conexões complexas de cuidado, mesmo que não tenham identificação de quais aspectos poderiam ser repensados; 2) realizar as entrevistas e possivelmente usar a discussão para análise do material produzido e 3) além das interferências produzidas durante os encontros que tivemos até então, realizar, após a defesa, um momento específico para discussão dos resultados junto à equipe.

Esse debate com as/os profissionais foi primordial a nós, pois são elas/es que sabem melhor do que ninguém identificar os obstáculos que o cotidiano do serviço possui na

produção do cuidado. Embasamo-nos no que Merhy e seu grupo de pesquisadoras/es trazem como contribuição ao propor uma avaliação numa perspectiva compartilhada, entendendo todas/os envolvidas/os como pesquisadores da pesquisa (MERHY, 2013). É certo que não estamos realizando um processo de avaliação, propriamente, mas, trazemos para a nossa pesquisa algumas de suas contribuições, como por exemplo, a compreensão de que uma discussão como essa tem que ser feita com zelo (Ibid). É imprescindível conhecer o lugar que se está adentrando. Minayo (2009) também reitera que ao partir de uma perspectiva implicada com mudanças é preciso fundamentar teórica e contextualmente, atribuir significados mútuos e partilhados entre os participantes para ser válido entre pares o trabalho que será realizado.

As categorias exitosas e não exitosas, elencadas para escolha das/os usuárias/os, são temporais e contextualizadas. Nesse sentido, acreditamos que trazer algumas reflexões suscitadas no encontro com uma “situação problema” podem nos ajudar a compreendê-la de modo semelhante e implodi-la como categoria rígida e imutável.

Uma “situação problema” pode ser compreendida através de lentes distintas. O Método da Problematização e a Abordagem Baseada em Problemas, por exemplo, ambas surgidas em contextos de enfrentamento a modelos consolidados para aprendizagem nas grandes áreas da educação e da saúde, elencam o uso da “situação problema” em práticas de ensino como uma estratégia que vincula o aprendizado inserido na realidade vivida (BERBEL, 1998).

Para identificar uma situação problema, na perspectiva de que esta possua potencial para transformação da realidade, é preciso que as pessoas que estão enredadas façam a discussão e oriente o que é mais pertinente para o debate. São essas pessoas que sabem os pontos, os nós, os entraves, que mais tocam em cada em uma/um referente aos problemas do cotidiano. Partindo de uma análise visceral, pois parte da vida e com as pessoas que a vive, é que um vislumbre honesto para mudança pode ser dado. E é justamente nessa questão que queremos aproximar do procedimento de identificação pela equipe de uma situação que seria “não exitosa” para o processo de trabalho.

Nesse sentido, é notório que “não exitoso” é uma expressão temporal e contextualizada, antes de qualquer coisa. Uma experiência não exitosa pode indicar que num dado recorte de tempo e de espaço, atrizes e atores envolvidas/os produzem cenários que disparam reflexões e apontam a necessidade de problematizações mais complexas do que se tem feito, uma vez que se tem demandado outras formas de trabalhar com saúde e, conseqüentemente, outras conexões de cuidado.

Então, compreendemos experiências não exitosas numa perspectiva em que se parte da ideia de que é uma situação complexa, em que há várias dimensões biopsicossociais que enredam esta trama, havendo várias possibilidades de “soluções” para ela. Desse modo, entende-se que cada situação encarada como “experiência não exitosa”, por si só, já compreende a ideia de que ela não é fixa. Sendo assim, cada pessoa identificada com experiência não exitosa no serviço, já veio “engravidada” de possíveis soluções, pois ao se pensar nos critérios, os mesmos abarcam solução, pois não há um problema em saúde que não se tenha proposta de como se resolver (MERHY, 2014). Ela não foi exitosa, e pode não ser até o presente momento, por exemplo, mas ela se caracteriza assim porque foram definidos critérios para tal. Se se muda os critérios, por exemplo, ela já se descaracteriza, assim como, ela sempre será entendida num tempo e contexto, para essa equipe, nas condições tal qual elas se deram.

Considerando esses aspectos, uma experiência não exitosa vale ser compartilhada em equipe para que se problematize e amplie as conexões de cuidado.

Quando passamos para a discussão sobre experiências “exitosas” com a equipe, o debate apresentou-se mais fluido e os nomes apareceram mais facilmente. O uso do termo “exitoso”, atrelado às experiências das/os profissionais com as/os usuárias/os, advém de participações em eventos científicos de saúde e campos interdisciplinares, cujos objetivos buscavam a valorização de experiências que envolviam diferentes estratégias para lidar com situações consideradas difíceis. Uma vivência considerada exitosa envolve distintas parcerias, considerando as necessidades das pessoas e do território e, por isso, possui potencial para modificação de outros processos de trabalhos. Considerando esses aspectos, uma experiência exitosa vale ser compartilhada para que seja favorecida a troca de ações, práticas e serviços que foram consideradas relevantes em resoluções de problemas no tema, satisfação das necessidades de usuárias/os e localidade, profissionais se sentindo realizadas/os com seu trabalho, entre outras dimensões envolvidas no processo de produção de saúde.

Pensando por essa ótica, não quer dizer que são situações que não merecem atenção ou olhar sempre cuidadoso. Afinal, exitosa e não exitosa não devem ser entendidas em oposição. Também não compreendo a primeira como sendo praticamente obrigatório trazerem algo de inédito, como muitos eventos querem ressaltar. Nessa pesquisa, destacamos como experiência exitosa situações em que a equipe considera que o usuário esteja satisfeito, que a equipe considera que satisfaz o que suscitou a procura pelo usuário ao serviço, não precisando ser um usuário que se destaque dos demais. A partir da discussão, a equipe acrescentou outro critério para “exitosa”, que entenderam que não podia faltar ao discutir o cuidado às pessoas que

atendem, ressaltando o cuidado produzido voltado para além das preocupações com intervenções corporais.

Quadro 2. Critérios para escolha das/os usuárias/os.

EXPERIÊNCIA EXITOSA	EXPERIÊNCIA NÃO EXITOSA
A equipe avalia que respondeu satisfatoriamente a maioria das demandas da/o usuária/o	A equipe avalia que não respondeu satisfatoriamente a alguma demanda da/o usuária/o
Usuária/o que a equipe se sente confortável por saber como agir, o que fazer	Usuária/o que incomoda a equipe por esta não saber como agir, o que fazer
Consenso entre a equipe de que todos os recursos foram oferecidos a/o usuária/o	Consenso entre a equipe de que todos os recursos foram oferecidos à/ao usuária/ao, e o mesmo continua insatisfeita/o
A/o usuária/o que possua um discurso majoritariamente positivo em relação ao serviço	A/o usuária/o que possua um discurso insistente de reclamação em relação ao serviço
Usuária/o no qual a equipe pouco precisa falar/discutir	Usuária/o no qual a equipe mais fala/discute
<p>Usuário que a equipe conseguiu perceber uma resignificação e ampliação da demanda, quando essa tem o foco inicial apenas em intervenções corporais.</p> <p>Frases ditas em reunião de equipe que embasam o acréscimo desse critério: “[a/o usuária/o] veio me pedindo isso, mas a gente pôde fazer isso, isso e isso. Então assim: [é] o quão amplo a gente pôde fazer (...) Porque às vezes vem uma demanda, e a gente percebe outras tantas”</p> <p>“(...) tem um foco na demanda biomédica, porque a gente sabe que tem uma tendência política e cultural pra essas buscas, mas a gente tem uma proposta de resignificação desse processo (...) e a gente tá problematizando essas questões junto com eles no sentido de pensar por uma outra ótica esse processo de cidadania, então está para muito além das questões corporais. Elas são significativas, a gente acolhe, a gente trabalha, mas a gente também problematiza. Que a gente não tá como mero ofertador de serviço, a gente também tá pra problematizar. Porque a gente sabe que essa reprodução do modelo também reafirma exclusão e opressão”.</p> <p>“é uma demanda inicial que nem sempre vai ser a final”.</p>	

Fonte: elaboração própria, com alterações junto à equipe.

É importante lembrar que embora um dos critérios de inclusão fosse estar vinculada/o ao serviço e aderido a alguma linha de cuidado há no mínimo seis meses, isso não queria dizer que todas/os estavam frequentando o serviço ininterruptamente. Assim sendo, percebemos que esse momento possibilitou um motivo para que a equipe fizesse um novo contato com algumas/uns delas/es, além das tentativas já estabelecidas, através da mediação do convite para participar da pesquisa.

Em situações que se tinha mais de uma pessoa pensada foi usado o critério de frequência ou se havia alguma consulta marcada para breve. Apenas um caso com pouca frequência de forma permanente foi indicado e a equipe não acreditava que eu iria conseguir dialogar de modo “tranquilo”, pois havia tido recorrentes problemas com mais de um profissional. Embora certamente essa usuária pudesse demonstrar importantes entraves em relação ao processo de trabalho, ela não foi incluída por limites metodológicos.

Quadro 3. Demonstração das indicações da equipe, após alterações no decorrer do processo.

EXPERIÊNCIA EXITOSA			EXPERIÊNCIA NÃO EXITOSA		
Homem trans <i>1) Umbuzeiro</i>	Mulher trans <i>1) Carnaúba</i>	Travesti <i>1) Baraúna</i>	Homem trans <i>1) Pereiro</i>	Mulher trans <i>1) Aroeira</i>	Travesti <i>1) Umburana</i> <i>2) Jatobá</i>
Homem trans que submeteu a algum processo cirúrgico <i>1) Juazeiro</i>	Mulher trans que submeteu a algum processo cirúrgico <i>1) Cajazeira</i>	Travesti que submeteu a algum processo cirúrgico <i>Sem indicação que encaixasse no perfil</i>	Homem trans que submeteu a algum processo cirúrgico <i>1) Cajueiro</i>	Mulher trans que submeteu a algum processo cirúrgico <i>1) Caraibeira</i>	Travesti que submeteu a algum processo cirúrgico <i>Sem indicação que encaixasse no perfil</i>

3.5.3 As entrevistas

O roteiro-guia foi feito a partir das leituras, reflexões e muitas discussões realizadas, e foi composto por questões semiestruturadas (Apêndice A).

O questionário guia para as entrevistas foi dividido em blocos por temas, embora consideramos que todos os enunciados se inter-relacionam e compõe o que denominamos de cuidados em saúde com as pessoas trans. Também, nos variados aspectos que discutimos, tentamos dividir as perguntas sobre as relações com profissionais da equipe nuclear do Espaço Trans, propriamente, e com profissionais que são referência para o Espaço Trans, ou seja, que estão lotadas/os do Hospital das Clínicas. Tomamos essas divisões didaticamente e a versão

de análise aqui a ser apresentada é uma dentre as diversas outras que podem vir a ser feitas e trilhadas por variados caminhos. Após a transcrição, reorganizei as conversas e formei novos blocos para análise, conforme apresentado no final deste tópico e com vista na demarcação de escrita para a dissertação.

Para a confecção do roteiro, foi realizada uma entrevista “piloto” com Leonardo Tenório, ativista na saúde trans no país e pesquisador. Sempre que possível, o trouxemos para perto do processo da pesquisa, tendo ele aceito participar também da etapa de qualificação do projeto⁴² como ouvinte. Léo esteve presente desde o início da construção do serviço e acompanhou a sua implementação por certo tempo, por ter sido funcionário do Espaço Trans, assim como usuário. Esse momento foi importante para eu ouvir as sugestões a serem feitas por ele, com vista nos objetivos, além de testar minhas habilidades como entrevistadora. O registro foi feito através de gravação em áudio no *tablet* da pesquisa, e com autorização do entrevistado.

A partir dessa conversa, fizemos as seguintes alterações no roteiro-guia:

- acrescentamos: a questão sobre o tempo para marcação de consultas, questões referentes à infraestrutura do Hospital e do Espaço Trans e como avaliam os equipamentos utilizados pelos profissionais, além de questionar se precisaram fazer intervenções corporais antes de ter acesso ao Espaço Trans. Caso a resposta fosse afirmativa, iria abrir a investigação de como a equipe trabalhou com essa situação. Léo ressaltou a importância da questão para identificar uma parte do que ele nomeia de “demanda reprimida” visto que as pessoas que não tem acesso ao serviço provavelmente estão em uma situação de vulnerabilidade em relação às modificações corporais;

- troquei algumas palavras que estava usando por uma linguagem mais popular e acessível (por exemplo, no lugar de “como você avalia...?”, passei a usar preferencialmente nos momentos da entrevista “o que você acha...?”);

- no momento da entrevista, atentar minha escuta acerca da “demanda invisível” do Espaço Trans, que seriam “aquelas coisas que a gente traz pro consultório e o profissional de saúde não dá a resposta, e nem conversa direito sobre o assunto”;

- ainda, conversamos sobre alguns limites da pesquisa, ao não entrevistar pessoas que deixaram de frequentar o serviço, pois entendemos que seria importante visibilizar os motivos que as levaram a não procurar mais o Espaço.

⁴² Ocorrida em 20 de junho de 2017.

Dividimos o roteiro em “blocos” para investigação que se comunica entre si com vista em responder aos objetivos propostos, conforme descrito abaixo. Ao final do trabalho, encontra-se o quadro completo, com todas as temáticas abordadas no roteiro (APÊNDICE C).

Quadro 4. Blocos para investigação

Blocos	O que buscamos investigar
Acesso e Rede de Atenção a Saúde	De que forma os/as usuários/as produzem acesso aos cuidados em saúde, considerando a rede de atenção à saúde.
Especificidades do acolhimento e cuidado ofertado pelo Espaço Trans	De que forma os/as usuários/as produzem acesso aos cuidados em saúde, considerando a rede de atenção à saúde.
Aspectos Avaliativos e Controle Social	De que forma os/as usuários/as produzem acesso aos cuidados em saúde, considerando a rede de atenção à saúde; a existência de espaços para participação social no Espaço Trans.

Foram realizadas 11 entrevistas. A primeira aconteceu logo após a reunião de equipe em que houve a apresentação, no dia 19 de julho de 2017. A última ocorreu no dia 16 de outubro de 2017. A média de tempo das entrevistas foi de 1 hora e 40 minutos. Enquanto isso participei das reuniões de equipe e do primeiro fórum popular que ocorreu dia 18 de outubro.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

Seguimos as seguintes etapas após a finalização das entrevistas: 8) realização das transcrições 9) leitura dos materiais; 10) análise dos materiais; 11) participações de algumas reuniões de equipe, com o objetivo de cumprir as tarefas da outra atividade desenvolvida, assim como, das relacionadas aos eventos em que comprometi minha participação (todos relacionados ao primeiro fórum popular e a organização da conversa com o serviço de Montevideu); e 12) continuação da escrita da dissertação e sua finalização. Os áudios foram ouvidos várias vezes, tal como as anotações após as entrevistas foram lidas e relidas, de modo que foram prismas para a análise dos materiais. As transcrições somaram 187 páginas, em fonte Times New Roman, número 12, com espaçamento simples, que foram lidas inúmeras vezes. Os registros sobre as reuniões de equipe foram analisados quando contribuíram com a tarefa de responder aos objetivos.

O material foi analisado a partir do aporte teórico conceitual construído pelo grupo de pesquisadoras/es, da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde /

UFRJ, coordenado por Emerson Merhy, a saber, Maria Paula Cerqueira Gomes, Laura Feuerwerker, Ângela Schiffler, Ana Lúcia Abrahão, Ricardo Burg Ceccim, Maria de Fátima Lima, Ermínia Silva, entre outras/os.

Nessa perspectiva, compreende-se o mundo do trabalho como dimensão micropolítica dos encontros, em que ocorre o compartilhamento da vida entre diversos sujeitos. Em outras palavras, espaço privilegiado onde se configuram as produções das práticas de saúde, no qual irão ocorrer os encontros entre usuários/as, profissionais, gestores, com suas histórias de vidas, desejos e necessidades. O entendimento do enfoque da micropolítica utilizado está muito alinhado ao que Sueli Rolnik (2014) traz em *Cartografia Sentimental* (MERHY, 2014)

Compreende-se uma produção de cuidado em saúde onde o acesso se relaciona intrinsecamente ao modo com que o cuidado é operacionalizado, não podendo dissociá-lo da produção de vida (CERQUEIRA GOMES; MERHY, 2014): acesso passa a ser “um operador do cuidado a ser produzido ou não no encontro entre aquele que cuida e aquele que é cuidado” (p. 36).

Em outras palavras, pode ser traduzido como “a produção de novos sentidos no viver” que começa desde que você sai de casa e se dirige ao serviço de saúde, envolvendo o momento em que acontecem os encontros com as/os profissionais, as decisões que são tomadas, os caminhos terapêuticos escolhidos, atravessa e é produzido nos encontros com outras pessoas, entre outras conexões que são feitas na produção de cuidado. Nesse caminho, o acesso pode ser construção de uma barreira, conforme já demonstrado por vários trabalhos do referido grupo de pesquisa (MERHY, 2014; CERQUEIRA GOMES; MERHY; 2014). Portanto, com vista numa análise do acesso sob esse aporte conceitual, é preciso atenção ao modo com que produções de barreiras podem surgir.

Nessa perspectiva, compreendo que falar do cuidado de um serviço, provoca discutirmos o cuidado produzido em rede, uma vez que as/os usuárias/os estão falando de relações produzidas não só com as pessoas do serviço, mas de outros serviços também, e com pessoas que estão presentes ou não em serviços. Por consequência, embora o foco seja o serviço, tornou-se evidente as relações que as pessoas tiveram ou tem com outros serviços e outras produções de cuidado que não apenas produzida por eles. Por isso, nos apoiamos na ideia de que há uma construção singular de redes de conexões existenciais que cada pessoa produz, com pessoas, com serviços, e que expressam as formas de acesso ao cuidado que cada uma/um trilha (FEUERWERKER et al, 2016b).

O caminho para a escolha das/os usuárias/os foi a partir da indicação da equipe, como apresentado. Para analisar, não usei indicadores de um processo clássico de avaliação, muito

embora esse trabalho possa ter alguma aproximação com um processo avaliativo. A ausência de objetivos e metas definidas na Portaria que refine e amplia o processo transexualizador também dificultou a formulação de indicadores qualitativos delineados previamente. Além disso, seria de extrema importância ouvir também profissionais do serviço de modo mais minucioso, o que será contemplado no projeto guarda-chuva ao qual este faz parte, denominado “Processo de cuidado integral à saúde das pessoas trans no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco”, sob coordenação da Profa. Dra. Luciana Leila Fontes Vieira.

Merhy e outras/es autoras/es (2013), ao propor e desenvolver uma avaliação compartilhada em saúde, iniciando pela rede de saúde mental de Campinas e descentralizadamente produzida em outros municípios e redes, desenvolveram algumas pesquisas de avaliação a partir das próprias pessoas que constroem a rede – trabalhadoras/es, gestoras/es e usuárias/os – com atenção para os sentidos que constroem para acesso e barreiras. Partem dos nomadismos das/os usuárias/os para compreenderem as conexões existenciais que produzem e de que forma encontram sentido ou não para conexões com os serviços. Nesse sentido, importa a micropolítica do trabalho que é vivo (Ibid).

Assim, não seguimos a/o usuária/o nas “estações de cuidado”, ou seja, nos locais em que produz cuidados em saúde; não saímos (fisicamente) do âmbito do serviço. Contudo, a partir do que trouxeram em suas falas foi possível identificar e apontar alguns aspectos do acesso aos cuidados em saúde, evidenciando pistas da existência das redes produzidas por esse usuário no acesso e barreiras na produção do cuidado. Para Merhy e outras/os autoras/es (2014) são as pistas das redes vivas que extrapolam os muros físicos dos serviços. Considerando isso, daremos evidência na discussão de uma experiência que nos chamou a atenção, e trata mais diretamente do acesso a cirurgia. Enredada a essa discussão, traremos outras falas que dialoguem com ele em algum aspecto, afinal, todas/os as/os entrevistadas/os são vinculadas/os ao serviço em questão e possuem o desejo por realizar alguma cirurgia, mesmo os que já tenham feito alguma. Na escrita, evidenciaremos algumas estratégias de cuidado que as/os próprias/os usuárias/os nos mostram como alternativas para lidar com algumas barreiras do acesso institucionalizado que surgem e compõem condições inerentes ao processo de implementação de uma política do SUS, assim como, das especificidades do cuidado em saúde das pessoas trans e travestis. Evidenciar as barreiras e os modos de enfrentamentos das/os usuárias/os almeja contribuir com a rede institucionalizada trazendo outros modos de aprendizados sobre a produção de cuidado com essas pessoas, ao trazer para

o centro da roda do debate o que as/os mais interessadas/os nessa produção nos ensinam com suas criações e dizeres.

Vale ressaltar que, atenta ao lugar de onde falo, e consciente que o material produzido é atravessado pelas formações discursivas que o local de onde escuto proporcionou - no caso, ao entrevistar e ao observar - e que agora escrevo, considero que meu lugar como profissional de saúde, militante do SUS e cisgênera (tal como a massiva parte dos profissionais de saúde, exceto a recepcionista) foram marcadores analíticos que se destacam nessa dissertação.

4 ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE DAS PESSOAS TRANS E TRAVESTIS

Nesse capítulo, discutiremos sobre os acessos aos cuidados em saúde que as pessoas trans e travestis entrevistadas vivenciaram enquanto usuárias/os do Espaço Trans. Considerando que a produção de acesso também evidencia as barreiras, conforme Merhy e outras/os autoras/es (2014) apontam, discutiremos sobre aquelas que evidenciam principais obstáculos ao acesso e que enquanto profissionais de saúde precisamos estar atentos/as. Afinal, não nos restringiremos a olhar apenas para acessos aos cuidados em saúde direcionados ao Espaço Trans, pois as/os usuárias/os vão além dele, com suas demandas e formas de produzir cuidado. Estivemos alerta em relação às estratégias e caminhos que as/os usuárias/os criam para essa produção de cuidado, sendo eles percorridos na rota institucionalizada ou não institucionalizada, pois nos ensina sobre o acesso. Discutiremos ainda sobre a existência de espaços para participação social no serviço.

Para problematizar a escuta feita, trago aqui Leila Dumaresq (2016), filósofa travesti, que traz a reflexão acerca da escuta “clínica”, que diferentemente de ouvir, pressupõe uma atenção e habilidade para se trabalhar com a fala (um dos principais materiais de trabalho da profissão da psicologia, por exemplo). A escuta travesti, diz a autora, foi paulatinamente assolada a partir da história das doenças mentais e da normalidade. Sendo assim, é urgente o questionamento e transformação da “padronização” das escutas clínicas, geralmente feitas por pessoas cisgêneras, que em sua formação e em seus ambientes de trabalho estão comumente “protegidas/os” da presença de pessoas trans e travestis, devido a todas as dificuldades para o acesso, inclusive o econômico de se custear um atendimento clínico como esse (Ibid).

Essa escuta, portanto, tende a ser treinada para ouvir pessoas cisgêneras e incorre o fato de muitas vezes negar e/ou omitir o que de fato são as necessidades das travestis. As produções ditas e escritas alimentadas pelo prisma das lógicas médicas e jurídica são produtoras de formas tutelares em sociedade sobre seus modos de vida, ao produzir reiteradamente leituras sobre esses e que impactam no acesso aos vários de seus direitos, dentre outras influências. Nesse sentido, problematizar o que reitera a padronização e produção dessa escuta pode ser uma aposta para destruir os obstáculos nessa relação que parte de uma desigualdade entre marcas que atravessam corpos transexuais, travestis e corpos cisgêneros. Nesse trabalho, não realizei uma escuta propriamente clínica, mas fiz o exercício de escutar as pessoas trans e travestis por horas, como também, por longas horas me debrucei sobre o material produzido para escrever a análise.

Assim, por eu possuir um histórico de formação profissional em que as questões que atravessam o cotidiano da equipe poderiam sobressair nessa escuta realizada em primeira instância, busquei questionar esses primeiros olhares e impressões, junto a leituras de textos de pessoas trans militantes, conversas com colegas trans da universidade, participando de eventos e discussões em que os movimentos sociais estivessem presentes, para tentar me aproximar do tom que também é pertinente aos últimos. Assim, aponto que não foi fácil e óbvio escolher o caminho narrativo aqui trilhado. Tentei fazê-lo com o máximo de compromisso, ao apostar no caminho que problematizasse o acesso aos cuidados em saúde produzido no Espaço Trans.

Foi necessário buscar um distanciamento do serviço e das/os profissionais, finalizando as idas ao Espaço Trans para que eu pudesse ampliar o foco dessa lente: o que eles/as dizem sobre esse acesso ao cuidado?

4.1 ACESSO

A escolha pelo Espaço Trans como local da pesquisa se deu principalmente por esta instituição ser o serviço hospitalar de referência para pessoas das regiões norte e nordeste do país que desejam realizar cirurgias do chamado processo transexualizador no SUS. Trata-se também de um dos principais serviços especializados na modalidade ambulatorial. Durante a pesquisa, o Ministério da Saúde realizou visita em Pernambuco e no Espaço Trans, com o intuito de conhecer o serviço e construir protocolos de referência institucionais para o nível nacional nessa modalidade de atendimentos, instrumentos que ainda hoje são ausentes. A coordenadora do serviço constantemente recebe convites de diversas entidades, como o Conselho Federal de Psicologia, para discutir questões acerca da despatologização das identidades trans nacionalmente e como representante dos serviços que compõe o processo transexualizador no SUS⁴³. Quero dizer com isso que é um serviço com qualidade reconhecida, e que acreditamos desde o início que encontraríamos mais chances de identificar acessos que não recaíssem em dificuldades comumente ouvidas dos serviços de saúde e também encontradas nas produções científicas como as denúncias de práticas patologizantes, o não respeito ao nome social, entre outras. Acreditamos que essa questão, a princípio, estaria

⁴³ Mesmo que a institucionalidade da representação não seja dada, visto que os serviços não são organizados entre si para que haja uma eleição de fato, por exemplo, há um reconhecimento partilhado sendo a referida pessoa, geralmente, convidada pelo CFP como referência de serviços especializados.

superada e poderíamos avançar em outras questões no tocante ao acesso aos cuidados em saúde voltado para essa parte da população.

Além do mais, o serviço é novo, e a equipe também, como discutimos anteriormente. O processo de construção da estruturação do Espaço Trans é evidentemente aberto a contribuições, tal como algumas/ns profissionais da equipe estão sempre dizendo, sendo isso observado em reuniões de equipes. Tensionamentos são necessários para que se avance cada vez mais.

O atual status do serviço é fechado para novos acolhimentos (exceto adolescentes, idosos/os e deficientes, compreendidos/as como prioritárias/os), pois não é possível responder as demandas que lhe são destinadas. Em outras palavras, o serviço inexistente para as pessoas que estão na fila de espera. Entendemos que cabe, por um lado, que a gestão do Hospital das Clínicas, na pessoa do superintendente assumira os compromissos assumidos quando do credenciamento do Espaço Trans ao SUS ampliando sua equipe e dando as condições mínimas de trabalho para a mesma e para os atendimentos. Por outro lado, a atenção à saúde das pessoas trans e travestis não pode ficar restrita aos serviços especializados, e assim essa situação expressa à urgência em extravasar seus muros e fomentar ainda mais a construção do cuidado em rede. Essa deve ser a pauta principal da agenda, não só dos/as gestores/as municipais, estaduais, mas dos/as profissionais, junto aos/às usuários/as.

Vale destacar que até abril de 2018, foram realizadas 26 vulvoplastias, 2 reconstruções mamárias (colocação de próteses), 1 tireoplastia, 11 mastectomias, 12 cirurgias complementares⁴⁴, e nenhuma histerectomia e feminização facial (cirurgias que teoricamente deveriam estar disponíveis). Com a saída da mastologista e após quase um ano sem realização de mastectomias, em janeiro de 2018, outra profissional assumiu a função fazendo com que a longa fila de espera composta por homens trans se movimentasse, juntamente com a equipe da cirurgia plástica, sendo realizadas duas cirurgias ao mês a partir do momento que assumiu o cargo. Essa informação é especialmente relevante para a discussão feita nos próximos tópicos, em que evidenciará a discussão relacionada ao acesso à cirurgia de mastectomia por um homem trans nesse hospital.

Uma vez que o serviço está fechado para novos acolhimentos, faz-se ainda mais necessário tensionar as construções do cuidado, tendo em vista que esse deve ser compartilhado entre as diversas pessoas, não somente do serviço em si, mas aquelas compõem

⁴⁴ Complementares às demais realizadas, como cirurgias plásticas reparadoras.

os serviços da rede, pois as demandas em saúde das pessoas trans e travestis apontam para construções coletivas de ações intersetoriais, com vista na integralidade da atenção.

Ao investigar sobre o processo de criação do Espaço Trans, através da leitura do único artigo escrito sobre o tema e ouvindo as/os profissionais sobre os modos de negociação forjados para barganhar alguma melhoria nas condições de trabalho e atendimento, nos parece evidente que o investimento incansável das duas profissionais que estão desde a abertura do serviço foi fundamental para a configuração atual. Nessa perspectiva, destacamos o empenho em sensibilizar/convencer profissionais em direcionar algumas horas da sua carga de trabalho para o Espaço Trans, delineando, por exemplo, um número mínimo de profissionais para realizar o acompanhamento do uso de hormônios; pleitear, a cada dia, um local para realização de um grupo ou um atendimento, pois não há sala própria para tais fins, entre outras. Além disso, a única capacitação realizada com os/as profissionais não veio nem do Hospital das Clínicas, nem do próprio Governo Federal, e ficou, em alguns casos, restrita ao interesse individual de cada profissional, como se percebeu em conversas realizadas com algumas profissionais⁴⁵.

Essa experiência corrobora com as reflexões que Almeida (2010) faz ao discutir sobre os serviços e programas responsáveis pelo Processo Transexualizador no SUS, antes mesmo do Espaço Trans abrir e da última portaria ser publicada. O autor aponta que estes, em sua maioria, são ligados a hospitais universitários públicos e que apesar de disponibilizarem de condições de funcionamento que podem ser superiores à rede mais ampla do SUS - como maiores investimentos em ensino e pesquisa, por exemplo - estão rotineiramente dependente de diversos interesses da instituição de ensino e de gerenciamento a qual pertencem. As ações do processo transexualizador nessas instituições, portanto, encontram-se mais vulneráveis do que outras uma vez que além de dependerem no quesito econômico, político e técnico-científico da gestão, passam sobre o crivo da “pertinência moral” (ALMEIDA, 2010). Nesse sentido, importante pontuar que a fonte dos recursos financeiros é o Ministério da Saúde e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação, funciona como administradora geral do Hospital das Clínicas⁴⁶. Ou seja, tais reflexões foram feitas em outras condições, mas que parecem não tão distantes das atuais.

⁴⁵ Além desta, podemos citar as oficinas de construção do PTS concretizadas como produto final da disciplina (trabalho já referido).

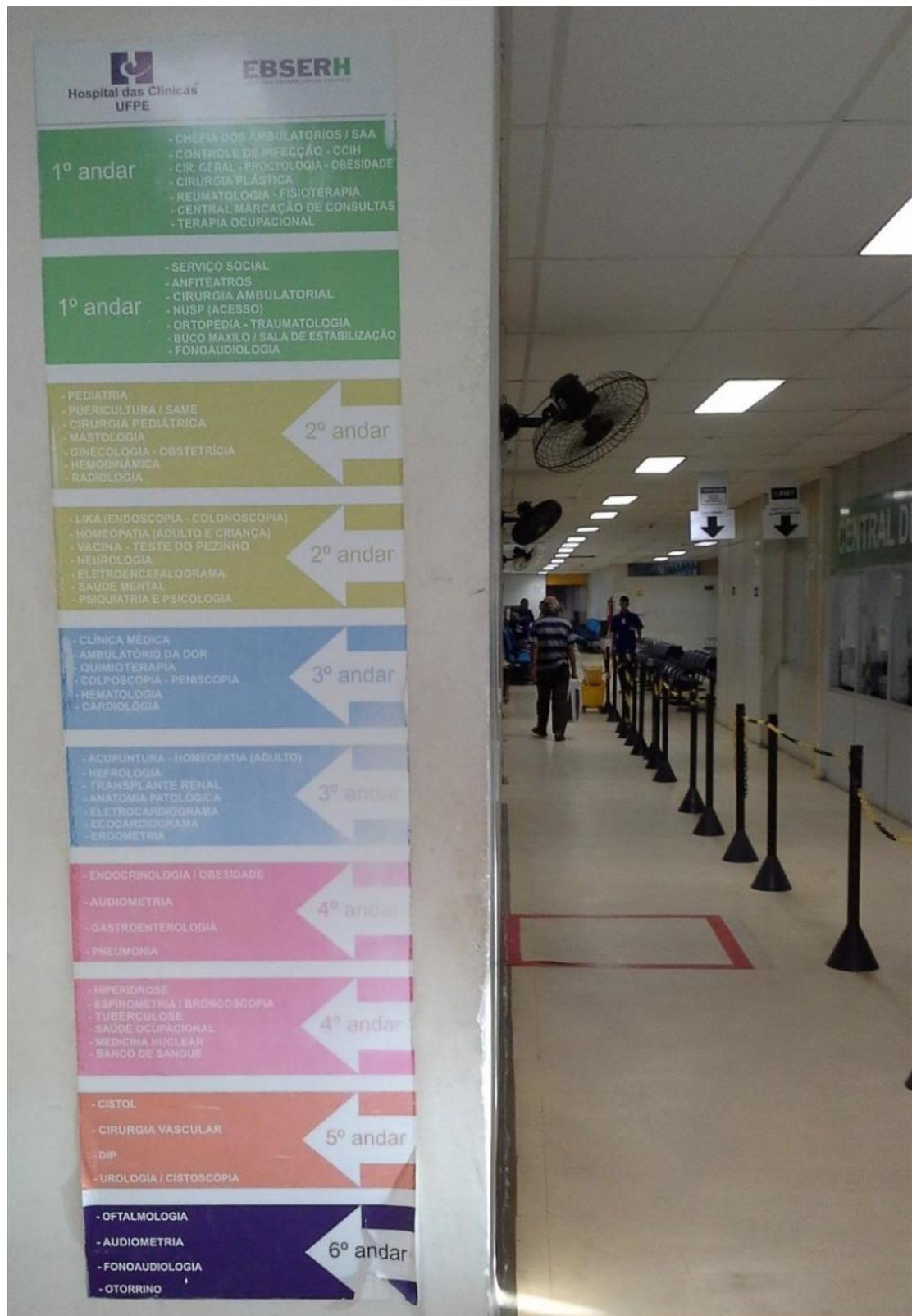
⁴⁶ O HC foi inaugurado em 1979, porém, desde 2013, passou a ser administrado pela EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), criada através da Lei nº 12550 de 2011, possui personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe/nossa-historia>. Acesso: 17/12/2016. Não encontramos estudos aprofundados sobre o impacto dessa modalidade administrativa nos hospitais universitários públicos no Brasil e sua relação com a oferta do processo transexualizador.

Sendo o processo transexualizador muito recentemente implementado na rede pública do Brasil, Almeida alerta que a importância e o investimento nesse campo vão depender do entendimento que a gestão tem do que é prioritário. Desse modo, “o empenho pessoal e, frequentemente, heroico de alguns gestores e profissionais” é que sustenta estes serviços (ALMEIDA, 2010, p. 123). Chamar atenção para essas fragilidades é importante porque se relaciona diretamente a questão da integralidade da atenção e do acesso aos cuidados, ou seja, visto que são necessárias condições para que as ações aconteçam com recursos humanos e físicos adequados, estas precisam ser construídas.

Também nos perguntamos até que ponto a gestão do hospital tem cumprido seus compromissos, inicialmente previstos - e não vistos na prática – já que, constantemente, precisam ser lembrados e repactuados, uma vez que muitas ações e melhorias previstas no início do serviço até hoje não se concretizaram (TENÓRIO et al, 2017), tais como as ações para conscientização e sensibilização dos/as funcionários em relação aos direitos básicos da população trans e travesti; direcionamento de profissionais para compor o quadro de profissionais, construção de espaço físico próprio e adequado, entre outras.

Um flagrante exemplar do lugar de invisibilidade e não prioridade do Espaço Trans - localizado no 2º andar - pode ser (não) visto no organograma visual do Hospital das Clínicas que se encontra no térreo, em frente à fila para agendamento de consultas e confecção do cartão SUS. Vale dizer, um local bastante visitado por muitas pessoas, diariamente e a entrada mais acessada para o serviço do estudo: e não se lê “Espaço Trans” em lugar algum. Importante também para inclusive desvincular do imaginário do setor de Psiquiatria, que fica próximo fisicamente, não somente no histórico das construções dos termos realizados pela medicina, trazer o próprio nome do serviço visualmente poderia ser um passo para provocar os cuidados produzidos no hospital a partir de outra perspectiva, mais próxima a integral, a partir de uma concepção ampliada da saúde.

Figura 1. Trajeto de acesso no HC/UFPE ao Espaço Trans.



Fonte: registro feito pela pesquisadora em julho de 2017.

Ademais, houve uma fala em reunião de equipe em que o Espaço Trans foi considerado como o segundo setor mais produtivo do HC, pois os procedimentos ofertados pelo Processo Transexualizador do SUS custam de seis a sete vezes mais que qualquer outro atendimento segundo iniciativa do Ministério da Saúde, ficando atrás do setor de oncologia no hospital do estudo⁴⁷. Mesmo que os valores dos procedimentos sejam baixos, conforme consultados na tabela do SUS da portaria 2803/2013, por conta dessa multiplicação dos valores, essa fala indica que o retorno financeiro da produtividade desse setor deverá ser bem maior do que qualquer outro. Se esse raciocínio proceder com a lógica da organização da gestão do HC, no entanto os recursos não são direcionados para a melhoria do serviço. Como vimos, há um quadro mínimo de profissionais que está muito longe de ser suficiente para abarcar a grande demanda para acompanhamento. A única sala própria funciona, simultaneamente, como local de atendimentos individuais e em grupo; como espaço administrativo onde prontuários são atualizados e como a sala de espera para os próximos atendimentos. É importante destacar também que a única profissional exclusiva do Espaço Trans é a recepcionista Ericka com vínculo por uma empresa terceirizada.

Por fim, gostaríamos de destacar que não foi possível aprofundar a investigação em relação à gestão do HC já que não havia tempo e não estava previsto no escopo dos nossos objetivos.

Segundo a enciclopédia Larousse Cultural (1998), dentre os significados atribuídos à palavra “acesso”, os primeiros que encontramos são “entrada”, “passagem”, “aproximação”, “chegada”. Ao retomarmos os últimos sentidos, podemos pensar que para se aproximar de algo ou alguém a pessoa precisa encontrar possibilidades para chegar a. Muitas/os autoras/es tem feito contribuições importantes acerca dos efeitos da discriminação no acesso a serviços, que incluem racismo, pobreza, e temos como exemplos os trabalhos de Parker e Terto Jr. (1998); Paiva (2006), Bastos e Faerstein, (2012). Pessoas transexuais e travestis são apontadas como um dos grupos que mais sofrem com o preconceito dado que subvertem a heterossexualidade compulsória, e os padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade (SAMPAIO; AVARCA, 2016), encontram várias dificuldades para o acesso aos cuidados em saúde, conforme apontam vários estudos (ARAN, MURTA, 2009; ARAN et al, 2009; ALMEIDA, 2010; BORBA, 2014; TENÓRIO, PRADO, 2016).

Nesse sentido, traçamos algumas das dificuldades/barreiras que, frequentemente, as pessoas trans e travestis enfrentam em relação ao acesso relacionadas, principalmente, à falta

⁴⁷ Informação proferida em reunião de equipe do Espaço Trans no HC/UFPE, em 20/12/2017.

de preparo das/os profissionais e o tratamento discriminatório nas instituições que ofertam atendimentos e que produzem (ou deveriam produzir) cuidados. Defendemos que um cuidado produzido junto às pessoas trans e travestis devem ser trabalhados na perspectiva da integralidade, considerando as determinações sociais da saúde e a necessidade de quem está diretamente envolvida/o (MATTOS, 2004; 2009). Além disso, deveria ser produzido no encontro entre pessoas, serviços e entre diferentes serviços, como também, organizar suas práticas a partir da autodeterminação de gênero.

Em outro sentido, o acesso pode ser entendido como a entrada propriamente, a “porta” por onde a pessoa ingressa para ser atendido em suas demandas de saúde, seja por questões amplas de saúde, seja por demandas específicas atreladas às modificações corporais. Sabemos que a portaria 2803/2013 direciona a organização do processo transexualizador e aponta para a garantia do acesso aos procedimentos cirúrgicos, a exames necessários na modalidade ambulatorial e hospitalar, às centrais de regulação para encaminhamentos em casos de maior complexidade. O acesso consta ainda como princípio organizativo da RAS no SUS, junto a Economia de Escala, Qualidade, Suficiência e Disponibilidade de Recursos e pode ser compreendido como “ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado” (BRASIL, 2010a).

Como podemos perceber no acesso a saúde, é preciso considerar o atravessamento de marcadores como gênero, sexualidade, raça, escolaridade, entre outros. Nesse sentido, ao buscarmos definir acesso, identificamos que ele precisa de algumas condições para que seja viabilizado:

a maior parte das análises e pesquisas converge para uma reflexão comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O perfil apresentado das pessoas que entrevistei e que acessam os cuidados em saúde do referido serviço: a maioria negra, com média de idade de aproximadamente 29 anos, residentes predominantemente na região metropolitana do Recife, com ensino médio completo no mínimo, e de classe social percebida média baixa/baixa.

No Brasil, o acesso ao processo transexualizador se materializou após a regulamentação da resolução do CFM 1492/1997, que autorizou, a título experimental, a

realização das cirurgias de transgenitalização e/ou de procedimentos complementares. Porém, somente após denúncias no MPF, ou seja, com a judicialização da saúde, e forte pressão dos movimentos sociais que o MS autorizou o acesso para as trans em 2008, como procedimento regular, e apenas em 2013, travestis e homens trans conseguiram o acesso instituído (LIONÇO, 2009).

A Atenção Básica (AB) deveria ser a porta de entrada para toda e qualquer demanda, segundo a perspectiva de saúde da família, com vista na potência para a promoção, prevenção e continuação do tratamento no território onde as pessoas vivem. Nesse sentido, também para as demandas específicas em saúde das pessoas trans e travestis são consideradas a porta principal (BRASIL, 2013b).

Contudo, conforme ouvimos durante as entrevistas, nenhuma de nossas árvores tiveram o acesso inicial através da AB. Quase todas sabiam da existência dos serviços desse nível de atenção mais próximos de suas casas, ou seja, das unidades básicas de saúde ou saúde da família de referência. Apenas dois homens trans não sabiam onde ficavam. Porém, poucas pessoas de fato demonstraram vínculo com tais serviços, trazendo poucos relatos que os procuravam quando tinham algum problema de saúde. Umburana foi a única que demonstrou uma proximidade, buscando-o para realização de exames, visitas ao dentista, ou “fazer check-up”. Entretanto, apesar de construir uma relação com a unidade de saúde, essa parece ser apenas de uso e frequência, e não de construção de vínculo de confiança e de se sentir contemplada com os atendimentos⁴⁸. Quando questionada sobre o que seria cuidado em saúde diz que:

[Umburana] Respeito. Assim, porque tinha a minha agente de saúde de antes, quando estava perto de mim, chamava “Umburana”. Porque eu disse, tive uma... ‘é o mínimo. Você, em qualquer espaço, tem que me chamar por Umburana’. Aí só que quando ela estava sem farda, não tinha Umburana. Quando ela estava sem farda, eu não falava nem com ela. Porque eu sabia que ela não ia me chamar de Umburana. Então o primeiro cuidado de saúde é quando a pessoa respeita a outra né. Porque tem muitas que não é respeito não. Tipo, pelo menos no posto de saúde, antes, não respeitava né. Agora tá, eu acho que tá mais melhorzinho.

Essa fala ainda traz um elemento importante para análise: a questão da denúncia profissional, pois, a referida profissional da atenção básica pode arcar com consequências caso não respeite o nome social já que é um direito garantido pelo SUS, desde 2009, contido na cartilha de direitos e deveres das/os usuárias/os, sem contar a pressão dos movimentos

⁴⁸ Sobre a relação com os serviços de saúde e construção de confiança, ver Travassos (2008).

sociais para que este direito seja atendido. A agente comunitária de saúde “respeita” no âmbito profissional, mas no âmbito interpessoal, não. Demonstra saber que causa algo negativo para si caso haja desrespeito, porém mesmo assim é transfóbica. Nesse sentido, parece que a judicialização quando houver o não respeito ao nome social pode ajudar em determinados momentos, no que tange o reconhecimento. Porém, não é suficiente para o respeito digno em todos os níveis de relações. O que faltaria então? Mais ações de sensibilização profissional?

Em relação aos serviços de emergência do SUS, quando diziam que os procuravam, atrelavam a rapidez do atendimento, variedade/oferta de profissionais de distintas especialidades e quando se sentem com alguma dor muito forte.

Assim, todas/os relataram que o primeiro lugar que foram atendidos acerca das demandas específicas em serviços públicos de saúde foi no Espaço Trans. Ou seja, o hospital foi a porta de entrada no acesso ao processo transexualizador do SUS.

Já no âmbito particular, por conta da ausência de acesso em saúde para homens trans, além de alguns terem maiores possibilidades financeiras, um deles afirma ter iniciado a hormonização em consultas pelo plano de saúde. Em relação ao uso anterior de hormônios, ou de qualquer outra alteração corporal anterior ao Espaço Trans, não foi apenas ele que havia iniciado: oito pessoas relataram ter iniciado uso de hormônios ou ter feito alguma outra intervenção corporal antes de ser usuária/o do Espaço Trans. Duas dessas pessoas já eram usuárias desde o serviço que existia, anteriormente, no Hospital das Clínicas. Isto é, as pessoas não esperam necessariamente ter acesso ao serviço de saúde para poder iniciar o uso de hormônios, ou procurar ter realizado suas modificações corporais, quaisquer que sejam.

Com o fechamento do antigo serviço, e abertura do atual, duas mulheres trans foram acolhidas e continuaram seus acompanhamentos, mesmo que essa transição do serviço não tenha sido explícita para elas. Sobre isso, Cajazeira sendo ainda usuária da primeira forma de atendimento no HC, não soube da existência do Espaço Trans assim que este abriu. Na época, permaneceu vinculada ao próprio hospital, tendo sua cirurgia de redesignação marcada no meio da transição dos serviços. Quando chegou para internação no dia marcado da cirurgia, se deu conta que o hospital não estava preparado para operá-la, e se deparou com a notícia que havia um novo serviço inaugurado recentemente. Sentiu-se desesperada, achando que teria que voltar todo o tempo de acompanhamento, por ter mudado de equipe e de serviço. Porém, relata que foi bem acolhida pela nova equipe e que o serviço seguiu com os procedimentos, tendo apenas a cirurgia adiada para outro período. Para se sentir mais segura em relação à garantia dos procedimentos, convenhamos, duramente conquistados, a usuária judicializou a

queixa, e o MP acompanhou seu processo. Essa situação parece expressar uma reação que ela teve por temer que o acesso à cirurgia fosse barrado, mesmo tendo cumprido o tempo estabelecido pela portaria.

Contudo, interessa notar que a judicialização da saúde parece ser uma via de garantia de acesso adotada, frequentemente, por pessoas trans, que solicitam as cirurgias, os medicamentos ou outros procedimentos. O tema da judicialização da saúde vem ganhando debates, cada vez mais intensos, principalmente na Saúde Coletiva, e com enfoque na efetividade no acesso a medicamentos por meio judiciais (VENTURA, 2010). Não apenas nesses casos, consideramos que quando falamos de judicialização da saúde tocamos em direitos que deveriam ser garantidos de modo universal (Lei 8080/90), e que precisam de uma intervenção judicial perante uma integralidade negligenciada (MARQUES et al, 2015). Acaba sendo uma forma que as pessoas trans e travestis encontram de ampliar as possibilidades de serem escutadas perante uma sociedade que dificulta o exercício de suas cidadanias.

Por conta da inclusão tardia ao acesso institucional, uma das saídas que Juazeiro encontrou foi “aperrear” o antigo serviço que era voltado apenas às mulheres trans. Ele revezava com outro colega trans e juntos marcavam presença solicitando inclusão no atendimento. Além disso, fizeram denúncias no MP sobre a demanda negligenciada.

[Juazeiro] A minha demanda aqui foi dois mil e (...) em 2008 tinha um semi-ambulatório aqui funcionando, um dos primeiros. Que era com o doutor... ele só atendia às meninas (...). Tinha o psiquiatra e tinha assistente social também. Só que eu vinha toda semana. 2008 a 2010. Eu vinha pra cá toda semana pra ver se eu conseguia atendimento pra mim. E isso me diziam (...) “aqui só fazem tratamento das meninas”, aí foi quando um assistente social sentou pra conversar comigo e disse “olhe, esse ambulatório (...) tá em fases experimental desde quando existiu, mas no mínimo, no mínimo, você precisa de um laudo de 4 anos de acompanhamento. Eu disse “ah, tudo bem, como é que eu faço esses laudos?”. “Você vai ter que ir pro psicólogo, psiquiatra e todas as outras especialidades”. (...) Aí eu fui brigando ... (...) e nesse período eu fui mudando de várias psiquiatras e sempre vindo aqui porque eu queria ambulatório e não tinha ambulatório. Eu era o louco da carrocinha que entrava com processo em cima do governo solicitando abertura do ambulatório e fiquei peiticando até (...) “olhe, tem uma previsão de uma abertura do ambulatório”. Eu disse “puta que pariu véi, vou aí amanhã”. Aí isso era tipo uma ideia muito, Eva* falou assim, “uma ideia muito por alto”. Foi um dos primeiros que ela conversou. Eu disse: “Sério?”, “sério, mas já é alguma coisa. É melhor do que ta na merda aí jogada, sem ninguém saber o que vai fazer contigo”.

Quando o Espaço Trans abriu ele foi um dos primeiros usuários do novo serviço. No entanto, seguiu tendo acesso ao acompanhamento hormonal nos dois locais, pois

compreendeu que a endocrinologista do plano de saúde estava com muita vontade em querer aprender com ele (“vestido à blusa da causa”) e por isso, Juazeiro quis apoiar o seu aperfeiçoamento profissional na saúde dos homens trans. Nesse sentido, esse acesso concomitante se pautou não em uma necessidade do usuário, mas porque ele não quis “deixar de formar essa profissional”, uma vez que se constata a restrição de profissionais bons e preparados na rede privada devido à falta de discussão acerca da saúde trans nos currículos, dada a centralidade das produções sobre corpo e subjetividades ser bastante heterocisnormativa (v., 2015). Tal especialização fica, muitas vezes, a cargo de iniciativas individuais por parte de profissionais e de usuários/as que possuam “paciência” em lhes acompanhar nesse percurso.

A euforia, tal como muitos homens trans assim relatam, é uma sensação muito presente quando ainda não se faz uso da testosterona, e se tem como desejo fazer. Segundo Almeida (2012), diferentemente do que ocorre com mulheres trans, o uso de medicamentos a base de testosterona contribui bastante para aparentar fisicamente “às expectativas sociais de como deve parecer um homem”, o que pode significar uma “trégua na estressante e contínua batalha por respeito à identidade/expressão de gênero” (p. 519). Sendo assim, a não inclusão desse hormônio na relação de medicamentos essenciais do SUS e a dificuldade de aquisição nas farmácias, agrava, ainda mais, esse cenário. (LIMA; CRUZ, 2016).

Na conversa com Umbuzeiro percebi que este fez uso de hormônios, anteriormente, com a expectativa de ser acolhido com maior rapidez no serviço. À época, as únicas possibilidades eram consultas particulares com médicos e a rede que existe fora dos serviços, ou seja, a clandestina.

[Umbuzeiro] pra eu poder ser chamado rapidamente no acolhimento eu tinha que tá já sendo, já ter iniciado o tratamento, aí tive que começar ilegalmente, de uma certa forma. Porque quando você fica eufórico, você fica tão ansioso pra começar, que infelizmente a gente parte pro lado da clandestinidade (...) Quando tomei a medicação, a primeira dose, foram cinco meses sendo medicado com doses clandestinas, até me chamarem. Então, é foi nesse tempo (...)

O uso clandestino para poder ser acolhido também pode estar relacionado com alternativas que as/os usuárias elaboram, para furar e criar uma nova rota de acesso, dado o tempo de espera para acolhimento, que é muito longo e por não condizer com as expectativas de tempo que deseja para realizar suas alterações. Entretanto a fila de espera permanece e é

crescente. Vale destacar que nesse serviço uma lista de espera⁴⁹ foi criada justamente com o intuito de quantificar o número de pessoas sem acesso e evidenciar a importância da construção de rede, em todos os níveis de atenção (Tenório et al, 2017).

As farmácias dos postos de saúde e hospitais ofertam os hormônios femininos para mulheres cis que fazem reposição hormonal na menopausa ou que tomam anticoncepcionais. Os inibidores de testosterona são direcionados para homens cis com câncer de próstata. Apenas “pegando carona” com as pessoas cis, as transexuais e travestis conseguem os hormônios que desejam usar pelo SUS (SAMPAIO, 2014).

De fato, as/os usuárias/os com uso de hormônios prévio eram encaminhadas/os imediatamente às/aos médicas/os para acompanhamento da hormonização (Tenório et al, 2017). Porém, com a agenda lotada de uma das médicas (a principal ao qual as/os usuárias/os eram referenciadas/os nessa situação), junto à constatação de que havia uma importante discrepância entre o pedido de hormônios inicial pela Farmácia e a procura real dos/as usuários/as, as pessoas adstritas (acolhidas) no serviço, relatavam que estavam ficando sem acesso aos hormônios. Uma delas eu entrevistei e soube, posteriormente à conversa comigo, que ela havia “aprontado um escândalo” no Espaço Trans, por esse motivo. Uma profissional do serviço, muito embora relatasse que não haviam concordado de uma maneira geral com a forma com que a usuária fez a reclamação, aponta que ela tinha razão em sua reivindicação. Afinal, estava notório que o volume de hormônios fornecido pela farmácia não é suficiente para o número de mulheres trans e travestis adstritas no serviço.

Baraúna relata que após começar a frequentar o Espaço Trans, parou de procurar outros serviços (emergência, por exemplo), pois ali consegue tudo e não passa por constrangimentos. Por um lado, isso pode indicar que o atual serviço consegue ampliar as metas terapêuticas, não sendo centrada nas intervenções corporais, como propõe a perspectiva da integralidade do processo transexualizador indicando a construção de confiança no serviço. Por outro lado, o Espaço Trans não é perto da casa da usuária, que mora em Camaragibe, região metropolitana de Recife. Assim, além de não poder ser referência em situações de emergências, por exemplo, também não consegue abarcar a complexidade de atenção da AB que possui o foco na promoção da saúde. Outro usuário nos aponta funcionamento similar ao

⁴⁹ A lista de espera “pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.” (PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

dizer que só procura atendimentos em saúde em outros serviços quando não tem a “opção de atendimento que procura”. Ele verbaliza que o atendimento especializado “como no Espaço Trans” não é encontrado em qualquer lugar, pois, a equipe prima pelo respeito e ir a outro local, se torna, às vezes, cansativo.

Ainda acerca do uso de serviços da rede particular, este apareceu ligado ao benefício de não precisar chegar muito cedo ao local de atendimento. Apesar de ouvir alguns relatos sobre problemas no âmbito particular, como falta de preparo profissional e solicitação totalmente desnecessária de exames de IST’s, os relatos de uso da rede particular são frequentes quando faltam exames solicitados pelo Hospital das Clínicas, o que não é nada raro. Recorrem, assim, ao pagamento de exames como saída para obter, inclusive, exames obrigatórios para as cirurgias, principalmente, dos homens trans, como por exemplo, ultrassom de mama e exame de sangue total de testosterona.

Podemos dizer que o uso de serviços na emergência e no particular foi bem mais frequente do que na AB. Embora careçam de protocolos que estabeleçam o papel da AB no processo transexualizador, há relatos e posicionamentos políticos que mostram que é possível realizar atenção em saúde com pessoas trans e travestis nesse nível de atenção, além das evidentes e amplas demandas em saúde que já deveriam ser garantidas por serem usuárias do SUS. Vale dizer, que em agosto de 2017 presenciei uma roda de conversa no Instituto Boa Vista no Recife com o tema Mulheres trans: identidade, cidadania, saúde e respeito. Na ocasião, o coordenador da pasta LGBT do município contou de uma experiência junto às USF’s em que buscou sensibilizar as equipes e conseguir ter algumas unidades de referência para atendimento à população trans e travesti do município, mesmo que não fizesse parte do seu território de abrangência. Até então, havia conseguido elencar algumas, mesmo que poucas, mas por demonstrar ser possível, o objetivo era continuar com a sensibilização.

As três áreas (Psicologia, Serviço Social e Enfermagem) compõem o primeiro momento de acolhimento a/o usuária/o no serviço e acontecem de forma separada e de forma diferenciada no que concerne à questão da despatologização. Em outras palavras, o diagnóstico não possui funcionalidade durante esses atendimentos (Tenório et al, 2017).

[pesquisadora] como tu avalia esse acolhimento inicial?

[Umbuzeiro] Foi um acolhimento bastante tenso pra mim, mas com medo de achar, aquele pensamento do tipo “vão achar que eu não sou trans”, sabe? “Não vai dar certo, e não vou conseguir entrar.” Mas avalio um acolhimento, acolhedor mesmo, foi bem tranquilo. Me deixaram a vontade “a gente não tá aqui pra dizer o que você não é, o que você deixar de ser. Eu acho até

desnecessário ter esse laudo de dois anos pra você ter que provar que você realmente é trans”. Sabe? Foram bastante realistas assim. (...)

Alinhado a tal concepção teórico-política, não é pré-estabelecido em nenhuma instância do processo de trabalho que as pessoas precisem ter consultas com a psiquiatria, exceto quando houver necessidade. Aliás, não há psiquiatra na equipe do Espaço Trans. Existe apenas um psiquiatra-psicanalista de referência que é acionado apenas quando se verifica uma indicação evidente.

Sobre o acesso à informação da existência do Espaço Trans, a forma com que souberam variou bastante. Cajueiro, que mora no agreste de Pernambuco, quando descobriu a existência do Espaço Trans e que, para chegar a ele precisava de um encaminhamento do SUS - segundo a informação que obtivera pela internet – utilizou uma policlínica de forma estratégica, exclusivamente com esse fim, conforme relata.

Baraúna chegou ao Espaço Trans por encaminhamento do Centro Estadual de Combate a Homofobia (CECH)⁵⁰. A busca de Baraúna por um atendimento especializado surgiu a partir das falas de usuárias de serviços especializados e profissionais que encontrou em seu caminho, pois não achava que “necessitava de ir ao médico para ter acompanhamento”. Afirma que são informações preciosas, pois oferecem atendimentos específicos às pessoas transgêneros e que não precisam passar por constrangimentos. Outra pessoa que chegou ao Espaço Trans por encaminhamento do CECH foi Umburana, apesar de não “saber direito o que era” e como o serviço em saúde poderia lhe ajudar.

Jatobá soube do Espaço Trans através de uma palestra realizada no curso que ela fazia no SESI que articulou seu primeiro contato. Antes disso, ela diz não ter sentido vontade de procurar atendimento especializado, pois fazia uso dos hormônios por conta própria. A situação de vulnerabilidade traz sérios riscos à saúde, principalmente, quando reforçada pela falta de informação. Desse modo, salientamos que todas as travestis entrevistadas não sabiam que, em tese, dispunham de um profissional de saúde, no caso uma/o médica/o, para lhes auxiliarem na hormonização ou em outra questão de saúde.

[Baraúna] Primeiro que assim, quando eu me identifiquei a minha identidade de gênero como travesti primeiro pra mim era só aquilo que eu via e pronto. Não necessitava de eu ir ao médico, de eu ter acompanhamento. A primeira coisa que passa por você é “ah, só isso,

⁵⁰ Órgão estadual de Direitos Humanos. Atua com orientação jurídica e psicossocial à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais (LGBT), como retificação do nome civil para a população “t”. Também realiza oficinas, palestras, seminários em escolas, trabalho e promove intervenções para o âmbito familiar.

eu vou tomar uns hormônios, vou numa farmácia compro e tomo. Eu não preciso de um acompanhamento médico pra nada”. E que depois você vai se deparando com pessoas que vão lhe indicando, que “procura um médico”, “tal espaço oferece esse tipo de atendimento”. Então meu primeiro atendimento foi no CECH. De lá eu conheci pessoas que me indicaram que aqui no HC existia um espaço trans especializado para essa população.

[Umburana] Eu encontrei o espaço trans, eu vim pra cá em 2014, mas tipo, eu não entendia muito nada. Eu fui é, foram me explicando no decorrer do tempo, que eu era perdida, ainda sou meio perdida ainda em várias coisas. Só que eu não entendia muito. Eu fui encaminhada para o CECH, que era na Madalena e de lá me encaminharam pra cá. Aí foi onde eu fui sendo acompanhada.

[pesquisadora] Você diz perdida em relação a que?

[Umburana] Assim, eu não entendia muito, não era muito entendida. Eu era leiga em muitos assuntos então eu não sabia nem o que eu era. Aí depois eu fui entendendo. “Ah então eu sei. Agora eu sei o como eu me sinto, que eu sou”.

[Jatobá]É porque eu pensava que tomar hormônio era qualquer hormônio, eu não sabia de nada, e ninguém da minha, da minha comunidade de travestis nunca vieram pra cá. Assim, todas tomam hormônio por conta própria. E eu só tive vontade de vim depois que teve a palestra de Chopelly lá no Sesi, eu fiquei curiosa, porque tinha um espaço que era só pra gente e eu não conhecia. Depois que eu vim conhecer, mas nunca tive vontade, que eu pensava que nenhum médico ajudava assim a tomar hormônio, sabe?

No cotidiano, a maioria das árvores entrevistadas é passageira do transporte público, e apenas duas, que são do interior do estado, utilizam o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), saindo de madrugada para chegar cedinho no HC. Um deles relata que já passou por transfobia por conta do nome não retificado, na época, e quase perdeu o atendimento no dia porque não sabia como iria chegar ao Recife. Porém, de última hora, arranjou uma carona, “foi atrás e conseguiu”.

Ressalto que as condições financeiras dos/as usuários/as afetam suas frequências no Espaço Trans, conforme alguns relatos. Nesses casos, o serviço pode emitir declaração e a secretaria municipal financia a passagem - caso de uma usuária - e às vezes fazem “vaquinha” própria - caso de outra usuária. Mas, me pergunto, se é somente a questão financeira que justifica as ausências. Outro obstáculo relacionado ao acesso é o horário de funcionamento do Espaço (7h às 17h), considerando que as pessoas podem ter trabalhos durante os horários, como conseguir estar presente a cada quinze dias, por exemplo, nos grupos, durante dois anos

no mínimo? Algumas pessoas relataram que por conta de outros compromissos, precisam faltar, e as profissionais acabam entendendo. Não encontrei ninguém que trabalhava com prostituição, atualmente, porém tem-se como dado que 90% das trans e travestis exercem essa função como principal fonte de renda (ANTRA, 2018). Como fica o acesso para tais pessoas, dado que na parte da manhã provavelmente elas estejam descansando, após uma madrugada de trabalho? Quando conheci o serviço da atenção primária no Uruguai, que funcionava de maneira não exclusiva para população de trans e travestis, o período em que o atendimento se dava era estendido até a noite. Acredito que turnos noturnos em serviços de saúde para atendimentos a essa população mostra-se necessário, com vista na garantia do acesso a todas essas pessoas, especialmente àquelas que trabalham em horário comercial.

No Brasil, o serviço semelhante ao modelo uruguaio seria o da Atenção Básica. A Política Nacional de Atenção Básica (2017) define que trabalhar para garantir o acesso faz parte do processo de trabalho da equipe, e que

acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. (BRASIL, 2017)

Considerando a necessidade atual de acompanhamento de no mínimo dois anos para acesso às cirurgias, há necessidade de garantir horários mais adequados para atendimento, ou seja, horários compatíveis com a realidade de vida das pessoas que frequentam o serviço.

Em relação ao acolhimento no Espaço Trans, inicialmente, havia dois caminhos: pelo sistema de regulação ambulatorial do SUS (via encaminhamento de outros serviços de saúde) e por demanda espontânea (a pessoa liga por telefone e agenda o primeiro acolhimento, ou vai pessoalmente, por exemplo). Antes dessa definição, houve uma discussão se a demanda não seria unicamente via regulação do acesso, como acontece no Núcleo Trans, ambulatório recentemente inaugurado pela Universidade Federal de São Paulo⁵¹. Porém, a demanda espontânea no Espaço Trans foi incluída tão logo, por reivindicações do movimento social, que reforçava que o preconceito era grande nos serviços de saúde e que dificultaria o acesso.

⁵¹ No próprio site desse ambulatório, consta a informação de que o atendimento é agendado de forma exclusiva via regulação, como aposta no fortalecimento em rede no SUS. Disponível em goo.gl/H9nwPs, Acesso em 03/04/2017. .

Até setembro de 2017, o serviço acolhia em média quatro pessoas ao mês. Não havia uma quantidade fixa para as pessoas vindas pelo caminho da regulação em saúde ou se eram chamadas da fila de espera do próprio serviço. Existindo vagas no sistema de informação da regulação em saúde, e tendo algum município realizado à solicitação, o Espaço Trans recebia as pessoas encaminhadas. Mas, nem sempre esse caminho era acionado pela rede, e na maior parte das vezes, as pessoas acolhidas vinham prioritariamente da fila de espera, ou seja, formada pelas pessoas que ligavam ou procuravam diretamente o serviço. A partir de outubro desse mesmo ano, o serviço fechou as portas para a entrada via regulação e passou a acolher uma pessoa ao mês da lista de espera criada a partir da demanda espontânea, o que também é chamado pela equipe por “demanda reprimida”. De acordo com informação atualizada com a recepcionista do serviço, no dia 27/02/2018, por telefone, há 305 pessoas na fila de espera. Nesse ritmo de acolhimento de uma pessoa ao mês, era estimado que a partir do primeiro contato seu primeiro acolhimento seria em 25 anos.

A novidade mais recente é que desde abril do presente ano, nenhuma pessoa é acolhida no serviço, exceto adolescentes, idosos/os e deficientes, compreendidos/as como prioritárias/os.

Dada à ausência de números que expressem o quantitativo de pessoas trans e travestis e que demandam alterações corporais, a fila de espera existente pode dar um indicativo de algum número, porém não o total. O aumento da visibilidade do serviço é esperado conforme o passar do tempo. A abertura de serviços também produz demanda, além de garantir um direito. As pessoas já existiam nesses territórios, e a abertura de um serviço especializado, em contraste com a precariedade e ausência de atendimentos dignos para essas pessoas, faz aumentar a procura.

Já sabemos, como também surgiu nas entrevistas, que nem todas as pessoas trans e travestis demandam acesso a serviços institucionais, seja por falta de informação sobre existência do serviço ou de que profissionais de saúde realizam acompanhamento integral no processo de hormonização, ou ainda, possíveis outros motivos que não apareceram nas conversas. Ademais, a lista de espera não conta com as pessoas que vivem em seus territórios e não acionam os serviços em decorrência de todas as dificuldades discutidas para o acesso de modo amplo e que enfrentam cotidianamente, em relação a tratamento discriminatório nas instituições e falta de preparo de quem atende. Assim, será que o número de acolhidas/os e na fila de espera expressa a realidade de pessoas trans e travestis que vivem nos interiores? Também é justo pensar que a quantidade de pessoas da região metropolitana não indica a

existência de mais pessoas trans e travestis perto das capitais: não poderá ser a proximidade ao serviço, que facilita o acesso geográfico?

Por outro lado, a fila de espera representa que elas não serão atendidas pelo Espaço Trans, pelo menos, até que a situação atual se mantenha, ou seja, enquanto a equipe do serviço não aumentar, não se pensar e pactuar um fluxo junto à rede de serviços, não construírem mais serviços e montarem mais equipes, não capacitarem os profissionais dos serviços que já existem e que poderiam fazer os atendimentos na Atenção Básica. As pessoas que estão na fila de espera do Espaço Trans e as que não estão, precisam encontrar serviços de portas abertas que as/os atendam, de modo integral, construído em rede.

Conforme as tabelas 1, 2 e 3, vemos a quantidade de pessoas acolhidas no serviço e onde residiam quando deram entrada no serviço, ou quando inseriram o nome na fila de espera.

Tabela 1. Pessoas acolhidas no Espaço Trans

LOCAL DE ORIGEM	QUANTIDADE
Recife e Região Metropolitana	232
Outras regiões de Pernambuco (interior)	22
Outros estados	12
TOTAL	266

Fonte: Espaço Trans, em 20/04/2018.

Tabela 2. Pessoas da lista de espera do Espaço Trans

LOCAL DE ORIGEM	QUANTIDADE
Recife e Região Metropolitana	243
Outras regiões de Pernambuco (interior)	42
Outros estados	11
Não informado	7
TOTAL	303

Fonte: Espaço Trans, em 20/04/2018.

Tabela 3. Pessoas acolhidas e da lista de espera do Espaço Trans que residem no interior de Pernambuco.

MUNICIPIO DE ORIGEM	ACOLHIDOS/AS	LISTA DE ESPERA	TOTAL
Bezerros	3	2	5
Bom jardim	-	1	1
Carpina	-	1	1
Caruaru	9	5	14
Chã Grande	-	1	1
Escada	-	1	1
Feira Nova	-	1	1
Garanhuns	1	2	3
Gravatá	3	5	8
Itambé	-	1	1
Itapetim	-	1	1
Limoeiro	1	1	2
Orobó	1	2	3
Ouricuri	-	1	1
Palmares	1	2	3
Paudalho	1	2	3
Petrolândia	1	1	2
Sanharó	-	1	1
Santa Cruz do Capibaribe	1	1	2
São Bento do Uma	-	1	1
Sirinhaém	-	1	1
Tacaembó	-	1	1
Timbaúba	-	2	2
Vertentes	-	1	1
Vitória de Santo Antão	3	6	9
TOTAL	22	42	64

Fonte: Espaço Trans, em 20/04/2018.

Pergunto-me se a abertura de outros serviços, como por exemplo, em Caruaru (município com quase 360 mil habitantes), onde se sabe que há articulações acontecendo para a implantação de um ambulatório, não teriam mais que 14 pessoas trans e travestis procurando e precisando do serviço específico? Quantas pessoas no Ceará, no Amazonas, no Tocantins, devem encontrar barreiras específicas por serem trans para acessar sua unidade mais próxima, quanto mais para chegarem a Pernambuco e terem acompanhamento pela equipe durante dois anos?

No início da análise, pensava que havia dois serviços funcionando de distintas formas: um Espaço Trans para quem está dentro e um Espaço Trans para quem está fora. Para quem está dentro é esse serviço, com todas as dificuldades e potências que abarca. Para quem está fora, ele inexistiria. Mas, me enganei com esse pensamento: não há dois serviços, o que há são duas redes. A institucionalizada, que existe desde 2008 e continua ainda muito fragmentada, e a que existe desde sempre, com as situações de vulnerabilidades existentes, mas que se torna por vezes a única saída para quem está fora dos serviços. Afinal, o status atual do serviço mostra que há duas longas filas de esperas para enfrentar: uma que se relaciona com o tempo para ser acolhido e outra, a partir do acolhimento, está relacionada ao tempo que se aguarda para ter acesso aos procedimentos cirúrgicos.

4.2 ACESSO/BARREIRA E FLUXO FURADO: A EXPERIÊNCIA COM CAJUEIRO

Acesso também é entendido para além da dimensão físico-geográfica e das normas que dizem quais caminhos deve-se trilhar para alcançar os serviços, conforme Merhy e outras/os autoras/es (2013) apontaram. Sendo assim, compreendo acesso como analisador⁵² da produção de cuidado em saúde, ou seja, esse termo tem a ver com o modo que o cuidado é operacionalizado e está intimamente atrelado a produção de vida (CERQUEIRA GOMES; MERHY, 2014): “um operador do cuidado a ser produzido ou não no encontro entre aquele que cuida e aquele que é cuidado” (p. 36).

Em outras palavras, o acesso pode ser traduzido como “a produção de novos sentidos no viver” que começa desde que você sai de casa e se dirige ao serviço de saúde, envolvendo o momento em que acontecem os encontros com as/os profissionais, as decisões que são tomadas, os caminhos terapêuticos escolhidos, atravessa e é produzido nos encontros com

⁵² (...) o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali mas não tão visíveis. Como diz Lourau : um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo” (MERHY; FRANCO, 2007, p. 2).

outras pessoas, entre outras conexões que são feitas na produção de cuidado. Portanto, não é possível analisar o acesso sem considerar as barreiras existentes.

Nessa perspectiva, podemos entender que mesmo em situações em que a equipe se sente mobilizada para a produção do acesso - tal como a do Espaço Trans se mostra - barreiras também podem existir (MERHY, 2014). Nesse aspecto, uma situação ocorrida com um usuário me chamou bastante atenção desde que me aproximei do serviço, fazendo, inclusive, com que este usuário fosse indicado para participar da pesquisa. Foi uma experiência entre equipe e usuário considerada não exitosa e que, por isso, iria trazer questões importantes para refletirmos sobre o modo como o serviço estava operacionalizando o cuidado, e conseqüentemente, o acesso a ele. Isto, inclusive, foi o posicionamento de algumas profissionais quando o indicaram: irá trazer reflexões para o processo de trabalho.

Afinal, está longe de nosso objetivo buscar uma verdade sobre se é ou não exitosa a experiência, mas sim problematizar a partir da indicação da equipe os motivos que ela atribuiu à experiência ser não exitosa, no determinado tempo e contexto, e de que forma a produção de acesso e barreiras por profissionais pode repercutir na produção do acesso ao cuidado junto ao e as/aos usuárias/os trans e travestis.

Essa estória chamou a atenção pelos seguintes motivos: porque todos as/os profissionais envolvidas/os são do próprio HC e isso poderia permitir um olhar para a equipe como um todo (não apenas do núcleo do Espaço Trans); também porque para a equipe ele foi considerado não exitoso, entretanto, o usuário sentiu-se muito feliz com o desfecho da própria situação. Por fim, dentre as pessoas que entrevistei, e consideradas como situações “não exitosas” na relação com a equipe essa situação com Cajueiro, a meu ver, traz elementos do processo de trabalho que possibilitam a problematização, como veremos. Certamente, se eu tivesse colocado os discursos em confronto, em reunião de equipe após a entrevista, poderia possibilitar vários outros efeitos potentes junto à equipe. Porém, as interferências que a metodologia proposta se deu foram restritas às questões que pude levantar ou pontuar nas próprias reuniões de equipe e trabalho de construção do PTS (acontecendo concomitantemente à pesquisa). A partir de outras situações em que se assemelharam a barreiras semelhantes às da estória de Cajueiro, encontrei brechas que possibilitaram levantar outras reflexões que trago a seguir, em que todas dizem e ensinam sobre o acesso aos cuidados em saúde.

Além das conversas que possibilitaram material para a análise tal como fizemos, esse caso foi o que mais levou tempo de discussão na reunião de equipe. Inclusive gerou, na própria equipe, problematizações sobre a experiência ter sido considerada exitosa ou não

exitosa. Sendo um usuário que mobilizou bastante a equipe, considerei a situação um caso de destaque e que pudesse dizer sobre a produção de acesso ao cuidado em outras situações apostando na afirmação de que “um caso não é UM caso, mas uma multiplicidade” (FEUERWERKER et al, 2016, p. 16). Ele, portanto, pode dizer de situações semelhantes de outras usuárias e usuários, principalmente quando o assunto é acesso a cirurgias, no Brasil.

Dentre aspectos que essa estória abarca e que importa a nós destacar para discutir o cuidado em saúde, o acesso a alguma cirurgia é um importante analisador. Das 11 árvores entrevistadas, de acordo com nossos critérios, conversamos com 4 que tiveram acesso a alguma cirurgia. Lembrando que inicialmente pensávamos em 6. Contudo, não encontramos nenhuma travesti que havia realizado no período em que as entrevistas aconteceram. Foram então 2 homens trans e 2 mulheres trans que conversaram comigo e realizaram alguma cirurgia.

As últimas, usuárias desde o antigo serviço, tiveram o tempo aproveitado para o acompanhamento no serviço atual. Nas duas situações, o acesso a algumas cirurgias foi próximo ao início do serviço, e vale destacar, realizaram mais de uma cirurgia sem, entretanto, deixarem de pontuar algumas dificuldades nos processos de suas realizações. Uma delas, Cajazeira, tendo feito quatro cirurgias pelo Espaço Trans (a saber, abdominoplastia, redesignação sexual, tireoplastia e implante de próteses mamárias) relata que assim que entrou no serviço, já com os dois anos completos de acompanhamento, comunicou à equipe sobre todas as cirurgias desejáveis e disse que “correu logo atrás”. Não aprofundamos esse sentido que deu ao “correr atrás” na conversa que tivemos, entretanto, tomou destaque quando a mesma não soube dizer quanto tempo esperou para sua realização.

Caraiqueira, que realizou a redesignação sexual, a divisão dos seios após aplicação própria de silicone industrial, e cirurgias complementares à primeira, também era usuária do antigo serviço e para a cirurgia que ainda deseja fazer (a saber, retirada do silicone industrial e implante de prótese) afirma que não sabe quanto tempo levará para sua realização, pois as tentativas foram várias e tornou um percurso bastante cansativo. Mesmo após várias reuniões entre médicos, coordenadora do Espaço Trans, e ela, não teve êxito no seu objetivo, e afirma sentir preconceito por parte da equipe de cirurgia plástica, pois uns médicos disseram que podiam, enquanto outros não, e sem muitas explicações que a convencesse. Questiona afinal: se puderam fazer a divisão dos seios, porque não colocaram a prótese? O que falta para essa equipe concordar em colocar?

Juazeiro, outro homem trans que realizou a mesma cirurgia que o usuário cuja estória colocaremos em evidência, foi um dos primeiros a ser listado na fila de espera, e mesmo

assim, afirma que não foi tão logo completou dois anos que conseguiu a cirurgia, pois, desde o início, a falta de profissionais para realizar mastectomia nos homens trans era um problema para o serviço.

Quero apontar com essas informações que o acesso a cirurgias é um dos objetivos de grande importância para a maioria das/os usuários que entrevistei, e discutir seu acesso compõe a discussão do acesso amplo a cuidados em saúde produzidos.

Desde as oficinas para a construção do PTS, as quais construí com outro discente, junto à mesma equipe, essa já trazia a sua versão acerca da estória. Já ouvia alguns fragmentos dela, que me ajudaram a compor a minha própria versão, agregando tais fragmentos com a proposição da apresentação da pesquisa em reunião de equipe. Outra parte, veio durante a conversa com Cajueiro, iniciada após eu perguntar se ele considera que suas demandas foram atendidas pelo serviço. A essa pergunta, ele responde que sim, que a maioria das demandas foram atendidas, “só o que me demorou mais foi só a parte da cirurgia, que quem correu mais atrás fui eu”.

Vamos lá à estória que envolveu Cajueiro. Para não comprometer a identificação das pessoas, não distinguirei o nome e procurarei omitir o gênero das/os profissionais nessa parte do texto, pois poderia facilitar a identificação acerca de qual profissional estarei me referindo. Escolho o termo estória para desenrolar aqui essa narrativa, pois está sendo contada por mim, a partir da escuta de Cajueiro e da equipe, na ocasião da escolha das pessoas entrevistadas.

Ele seria o próximo a fazer a cirurgia de mastectomia. Porém, quando chegou sua vez de realizar a cirurgia, estando com todos os exames necessários realizados, a médica mastologista de referência para os homens trans ficou grávida e não poderia realizar sua cirurgia. A equipe nuclear começou a fazer diálogos com outro profissional (profissional X) que pudesse ser nova referência para a cirurgia. No entanto, após algumas reuniões entre a equipe e profissional X, não houve êxito. Para o usuário, disseram que o médico não queria fazer a cirurgia em pessoas que não tivessem retificado o nome no cartório. Depois, o mesmo soube que o médico até poderia considerar fazer (visto que o usuário já havia retificado o nome), mas de outras pessoas não, e isso a equipe não se propunha sustentar: uma cirurgia que poderia ser feita pra um e para outro não. A posição sustentada pela equipe foi a de que ninguém faria a cirurgia por hora, até encontrarem alguma/um profissional que fizesse a cirurgia independente da retificação do nome. Essa é uma questão importante para garantir a integralidade dos atendimentos, visto que muitos/as usuários/as encontram-se nessa situação. Por outro lado, o usuário teve seu acesso interditado naquele momento e sem previsão para ser realizado.

Dessas reuniões que ocorriam entre a equipe nuclear e o médico cogitado para ser referência para as pessoas trans e travestis do HC, o usuário não participava. Ele se mantinha informado através de comunicação com uma das profissionais que participava das reuniões através de uma rede social. Lembrando que ele é do interior, esse recurso facilitava bastante.

Certo dia, após esperar um determinado tempo, ele resolveu tentar falar diretamente com o profissional X. Marcou uma consulta com o profissional S e quando expôs seu problema de não ter médico para fazer cirurgia, recebeu um encaminhamento para o mesmo profissional X, o mesmo que a equipe estava em diálogo. O usuário compareceu à consulta e, após um único dia de encontro, esse médico afirma que irá realizar sua cirurgia, com a única ressalva de que não iria fazer caso aparecesse alguma “prioridade”. Ou seja, o acesso à cirurgia, para esse usuário, ainda estava na dependência de aparecer ou não alguma prioridade, e ainda, submetido ao que o médico viesse a compreender do que seria ou não prioridade.

[Cajueiro] Aí ele disse: “só não vou fazer sua cirurgia se aparecer uma prioridade no dia”. E não apareceu. Graças a deus, só foi um mês.

[pesquisadora] Demorou um mês da consulta pra cirurgia?

[Cajueiro] Isso, demorou só um mês. A questão é que quem corre atrás sempre alcança.

[Cajueiro] Aí todo jeito, pra mim, eu esperei ainda um pouco ver se resolvia, se elas iam resolver falar com ele, mas não resolveram, então eu resolvi eu mesmo ir atrás. E realmente eu não tive nenhum problema com ele. Apesar de que ele não me perguntou sobre meu nome não, ele não perguntou quase nada não. Então, eu não sei porque que ele resolveu, de cara, tive muita sorte né?

O usuário manteve segredo e não contou para a equipe nuclear que a cirurgia havia sido marcada. Entretanto, um dia antes da sua realização ele precisou de uma ajuda do Espaço Trans e acabou contando para uma profissional do serviço que logo informou à equipe, ficando todas/os muito surpresas/os. De toda forma, a profissional o ajudou na demanda solicitada e usuário conseguiu fazer sua cirurgia.

Após esse episódio, a equipe se propôs a ter uma conversa com o usuário, através de uma profissional escolhida. Essa conversa manteve o tom de surpresa por não ter participado do processo, e buscava entender os motivos que levou o usuário a fazer isso sozinho, sem a equipe que realizava seu acompanhamento. O encontro teria o propósito de chamá-lo para sua responsabilidade no processo buscando entender as razões porque ele, o usuário, não comunicou a equipe, levantando questionamentos tais como: E, se ele não tivesse os dois anos

mínimos que a portaria do processo transexualizador institui para a cirurgia? E, se ele tivesse passado na frente de outra pessoa da fila?

A equipe o indicou para a pesquisa uma vez que a experiência, conforme um profissional afirmou: “não foi exitosa: não o resultado, mas o processo. Foi eficaz, mas não foi eficiente”. Lembrando que a compreensão compartilhada foi de que o “não exitoso” estaria atribuído em relação ao trabalho junto à equipe do serviço, e não em relação à satisfação ou não do usuário com a experiência em si. Afinal, nessa experiência o usuário ficou bastante feliz e realizado com o final do processo. Aqui, já começamos a apontar algumas questões que parecem importar de forma distinta para os diversos atores envolvidos: para o usuário o mais importante é o fim, já para a equipe o mais importante é o como. Sendo assim, vemos que esse cenário coloca em cena “a tensão acesso/barreira como construção cotidiana do cuidar e não necessariamente como passagem física de um lugar pré-serviço de saúde para um dentro do serviço de saúde” (FEUERWERKER et al, 2016, p. 15).

Em suma, para a equipe, a experiência foi considerada não exitosa pelos seguintes motivos: não seguiu o fluxo e exigências do serviço, por ter negligenciado todo o acompanhamento realizado pela equipe; expressou a falta de comunicação entre a equipe nuclear e profissionais de referência, como também, por pouco ele poderia ter feito a cirurgia mesmo sem os dois anos de acompanhamento obrigatório já que houve uma (des)responsabilidade do médico em, ao menos, contactar a equipe responsável.

O trabalho interdisciplinar, ou seja, o trabalho entre as profissões em que se parte de seu núcleo de conhecimento para construir ações em equipe a partir da troca e diálogo entre as áreas é apontado como um dos caminhos para a reconstrução das práticas em saúde, em detrimento da fragmentação e compartimentalização da atenção (AYRES, 2009). A interdisciplinaridade, afinal, não está dada: é preciso que se construam ações interdisciplinares para efetivar um cuidado integral.

A situação, em primeiro momento, expressa a falta de comunicação interdisciplinar. Os diálogos e atuações não estavam fortalecidos entre equipe nuclear e médica de modo que a atenção às/aos usuárias não fosse fragmentada, tal como se demonstrou. O acompanhamento feito pela equipe não foi considerado pelo profissional X.

Contudo, por ser uma atenção direcionada às pessoas trans e travestis, há que se levantar outro questionamento: se o médico não considerou efetivamente o acompanhamento que a equipe nuclear realizou, a obrigatoriedade dos atendimentos por dois anos se baseia em quais critérios, no campo da medicina? Por mais que ele soubesse que o usuário é o mesmo

que se discutia nas reuniões com a equipe nuclear, o modo como o processo ocorreu fragiliza o argumento deste campo sob o diagnóstico das pessoas trans.

Segundo a opinião do único profissional médico na reunião de equipe, o cumprimento dos dois anos era uma questão secundária atribuindo a situação de Cajueiro como caso exitoso:

[profissional J] paciente quer operar uma próstata, tem paciente que ta na fila do HC na fila do Getúlio, na fila do Otavio de Freitas. E ele não fica dizendo no hospital 'oh, eu tô na fila do Getúlio também'. Ele chega aqui 'eu quero me operar aqui'. Aí no dia que a gente liga pra ele 'senhor fulano!?', 'ah doutor, eu já me operei no Getúlio'. Isso é uma experiência não exitosa? Ele sabe que o SUS não funciona bem, como a gente sabe que a gente não funciona, não dá conta da demanda, ele procurou uma alternativa.

De acordo com esse profissional, os usuários do SUS buscam mesmo alternativas pra solucionar seus problemas de saúde. Isso porque o sistema tem seus obstáculos, e se a pessoa não dá seus pulos, não faz suas gambiarras, podem ficar sem acesso.

4.2.1 Potências, receios e poder contratual

Em segundo momento, a situação expressa uma fragilidade no vínculo construído com esse usuário. Desconfiado em dizer a equipe sobre a conversa com o médico e a marcação da cirurgia, preferiu não revelar a ninguém. Era como se colocasse em risco a conquista, mesmo que de forma bem menor, dado que às vésperas da cirurgia, praticamente na pré-internação, precisou contar.

[Cajueiro] Eu não contei pra ninguém não quando eu consegui. Quando ele disse que ia fazer minha cirurgia, eu fiquei calado, não contei pra ninguém não. Achei que se falasse, poderia dar muita coisa errada. Às vezes, quando a gente fala pra muitas pessoas, aí pode dar errado alguma coisa, sempre tenho esse pensamento. Aí, acho 'vou ficar calado, pra dessa vez dar tudo certo', pra ver se realmente vai acontecer. Aí eu não contei pra ninguém não.

Tal como o profissional, o usuário também furou o fluxo. Contudo, de que forma a contratualização com o usuário foi estabelecida? Como a equipe ouvia o seu lado e suas estratégias de busca? Os seus anseios e importância desse momento para si? As possibilidades frente à barreira encontrada eram pensadas em conjunto? Será que o usuário se sentiu participante efetivo de sua construção de cuidado?

Historicamente, o acesso aos direitos dessa população é muito restrito e cheia de percalços, tais como despreparo dos/as profissionais, discriminação e preconceitos institucionais que reforçam a exclusão social. Travassos (2008) apud Sanchez e Ciconelli (2012) indicou que a confiança no sistema de saúde é fundamental para a equidade no acesso. Em contrapartida, pode ser uma barreira no acesso a falta de confiança no sistema. Além do mais, problemas de confiança em relação aos serviços de saúde afetam de forma mais desvantajosa grupos considerados socialmente subalternizados, tais como as pessoas trans e travestis, que possuem uma complexidade de determinações sociais da saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; BRASIL, 2013a). De acordo com McIntyre e Mooney (2007) apud Sanchez e Ciconelli (2012), problemas de confiança em serviços de saúde influenciam, por exemplo, a decisão do usuário e a experiência adquirida naquele serviço, de forma que ela/e pode vir a falar pouco de seu histórico de saúde, dificultando possíveis tratamentos que precisem ser propostos, com vista numa saúde integral; como também de utilizar menos serviços e quando utilizar, fazer poucos relatos espontâneos acerca de sua saúde, limitando a adesão ao tratamento. Nesse sentido, cabe refletirmos se o serviço em específico, e os serviços que oferecem atendimentos às pessoas trans e travestis tem tido atenção a possíveis problemas de confiança que podem ser produzidos, revestidos de boas intenções e atribuições profissionais.

“Partimos do pressuposto que, no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Esse valor pressuposto é o que daria-lhe seu poder contratual.” (KINOSHITA, 2001, p. 55)

No ambiente de saúde, as pessoas transexuais ou travestis, ao serem vistas hegemonicamente como doentes mentais, são destituídas de poder contratual. Essa posição pode depender do profissional ou da relação estabelecida - pois um/a profissional pode agir de forma diferenciada dependendo da relação e da/o usuária/o – porém, acaba sendo predominantemente encontrada, dada a reiteração desse constructo pelo campo médico e jurídico.

Kinoshita (2001), no contexto de saúde mental, articula o conceito de contratualidade à desconstrução do dispositivo manicomial. Ele afirma que este é o primeiro dispositivo a ser desconstruído no contexto da Reforma Psiquiátrica⁵³. Sendo assim, os manicômios são locais

⁵³ Essa contextualização é feita especialmente no contexto de reabilitação psicossocial.

que possibilitam “troca zero” entre as pessoas, uma vez que eles “tem a capacidade de transformar qualquer manifestação de poder (positivo) por parte do paciente em negatividade pura do sintoma” (Ibid, p. 56).

Nessa perspectiva, podemos afirmar que no cenário do Espaço Trans ocorrem várias disputas de interesses, de atribuições de poder. Se olharmos, por exemplo, para a própria equipe, a relação entre psicólogas, assistentes sociais e médicos é marcada por muita assimetria no jogo de forças. Embora não seja meu objetivo aprofundar essa questão, é preciso sinalizar que após a cirurgia realizada a equipe chamou apenas o usuário para a conversa o que parece evidenciar tal disparidade de força. Afinal, compreendemos que “quanto maior a autonomia dos coletivos de trabalhadores, maior as possibilidades de agenciar ganhos de autonomia junto aos usuários” (MERHY, 1998, p.10).

Sem falar que dentro de um serviço de saúde em que as/os profissionais são formados com ausência de conteúdos e preparação para lidar com essas pessoas, reforçada pelas visões que as políticas públicas construídas expressam, as pessoas trans e travestis ainda são por vezes tratadas como doentes, pacientes e passíveis de apenas receber o tratamento e cuidado. Não é possível afirmar que algumas pessoas de fato não desejem isso, conforme Almeida (2010) sinaliza. Contudo, é preciso ressaltar, que por ser a equipe, dotada de um poder contratual maior do que os/as usuários/as trans e travestis, por vezes é necessário o empréstimo de seu poder contratual a/ao usuária/o para que outras produções sejam possíveis, com vista em ampliar os modos de vida.

Para isso acontecer, para que ocorra “empréstimo” do poder contratual, significa, em primeiro momento, desconstruir dispositivos que destituam as pessoas de seus lugares que possibilitem troca verdadeira, entre usuárias/os e profissionais. É preciso que estejamos atentas/os, na organização das práticas em saúde, na criação de espaços em que as/os usuárias/os ocupem espaços como sujeitas/os de trocas, isto é, enquanto profissional de saúde, por vezes será preciso “utilizar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais, para possibilitar relações e experiências renovadas aos usuários” (KINOSHITA, 2001, p. 59).

Sendo assim, ter a participação da/o usuária/o em discussões entre profissionais, quando seu caso estiver sendo discutido, pode ser compreendido como um “empréstimo” do poder contratual da equipe (assim como a reivindicação por uma saúde integral expressa na Carta ao Ministro da Saúde, feita por ativistas, profissionais de saúde e acadêmicas/os, em 2012).

[pesquisadora] Eu queria saber então: talvez, o que você acha que faltou nesse momento, pra ter um encaminhamento pelo espaço trans já que você estava sendo acompanhado por ali, ou então o que você sugeriria, para que isso não acontecesse?

[Cajueiro] Acho que mais comunicação mesmo, porque é muito vazio. Tipo assim. Acho que eu, profissional D era pra ter conversado mais com o médico, pra mim, no dia. Ter ido nós dois juntos, não é verdade? pra ela ter me apresentado a ele, pra ver minha questão, que eu acho que naquele tempo ele também teria feito.

[pesquisadora] E você falou sobre essa ideia com profissional B?

[Cajueiro] Não, não.. mas a profissional D disse que deixava que ela mesmo conversava com ele, que sempre pelo facebook conversando dizia que estava resolvendo, estava conversando, estava fazendo reunião, reunião, reunião, reunião e nada resolvia. Aí pra mim, acho que a questão mesmo é correr a pessoa mesmo atrás, só isso. Acredito. To com uma ideia agora, mas já me esqueci já.

Uma forma de exercer a contratualidade no cotidiano do trabalho é a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) desde o acolhimento da/o usuária/o. Ao tomar o usuário como central no processo de produção do cuidado, de forma que este se reconheça nele, as chances de trabalhar de fato em parceria com a/o usuária/o são ampliadas, e a corresponsabilização é efetivada (AYRES, 2009). Afinal, o aumento do poder contratual do usuário nas relações estabelecidas se dá ao passo que seu saber está sendo legitimado. Esse plano/projeto é constantemente construído e alterado, sendo avaliado entre as/os duas/dois, de modo que quem assume o protagonismo do próprio cuidado seja a/o usuária/o. Segundo o Ministério da Saúde, o PTS é

“um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS: 1) a identificação das necessidades de saúde, 2) a discussão do diagnóstico e 3) a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização” (BRASIL, 2010b, p. 58)

Porém, seu uso não pode funcionar como um instrumento a mais para o processo de trabalho, que sirva para burocratizar o cotidiano das profissionais. É preciso ter sentido e ganhar vida na interação entre usuário/a e profissional, de modo que se aproxima do sentido atribuído a Umbuzeiro, quando a ele perguntei sobre o que para ele seria o PTS.

[pesquisadora] Você sabe o que é PTS?

[Umbuzeiro] Sei lá, caminhar de mão dada. Ta junto, com a gente nessa? Acho que é isso.

Nesse sentido, nenhuma/um das/os entrevistadas/os afirmou que constrói o PTS com o profissional no serviço, demonstrando dúvidas sobre o que é e como ele se configura. Muito embora todas as pessoas indicar algum profissional que esteja mais próximo do seu cuidado, com o qual conversaria com mais frequência sobre suas demandas e sua vida. Inclusive Umbuzeiro, antes de afirmar a frase acima, havia confirmado que percebe a existência do PTS no cotidiano do serviço. Isso pode demonstrar que há uma construção de um cuidado mais próximo produzido pela equipe do serviço. Porém, é preciso dar mais alguns passos para a construção efetiva do PTS.

Vale ressaltar que as oficinas que conduzíamos para a construção desse instrumento, com o intuito de imprimir sentido prático, ouvindo e trabalhando junto à equipe, aconteceram durante o ano de 2017. Restava um ou dois encontros para chegarmos ao seu fechamento, de acordo com nosso cronograma de trabalho. Contudo, a equipe não conseguiu disponibilizar tempo para concluirmos o processo no presente ano, frente à carga de trabalho, conforme relataram.

Na situação evidenciada de Cajueiro, identificamos dois receios que permearam a reação da equipe em buscar o usuário para conversar: “ele podia não ser o da vez”, ou seja, receio de furo na fila de espera estabelecida (preocupação geral no SUS), assim como, “podia não ter os dois anos”, isto é, o receio de que alguém faça cirurgia com menos de 2 anos (preocupação específica da saúde das pessoas trans e travestis). Sobre a primeira questão, procuramos promover um debate reflexivo quando discutimos sobre interdisciplinaridade e contratualidade, e construção de outros instrumentais. Estes últimos, se ganharem sentido prático, podem contribuir na organização das práticas de modo não a solucionar todos os problemas dos quais permeiam a existência de uma fila de espera para os/as usuários/as, mas a compreender que o local de trabalho é um terreno vivo e um furo da fila pode expressar um sintoma no qual é preciso se atentar.

A segunda preocupação - pessoas realizarem cirurgias com menos de dois anos, pode ter a ver com a responsabilidade que recai sobre a equipe nuclear, pois essa também possui a obrigatoriedade de acompanhar o usuário pelo mínimo de dois anos. Não foi o que aconteceu no referido caso – o usuário tinha os dois anos completos – porém, isso abriu o receio da equipe de outra situação semelhante acontecer. Participando das reuniões de equipe, pude pensar que essa obrigatoriedade pesa mais justamente por não haver respaldo protocolares e certificados nacionalmente enquanto serviço, e por isso, pode deixar a equipe à mercê de uma organização própria e pautada nas normativas únicas existentes. Caso ela falhe, velhos jeitos

de se fazer podem vir à tona, como por exemplo, a utilização de formas tutelares, que não considerem a autonomia do sujeito. Mas, não apenas por esses motivos que formas tutelares de agir em saúde podem acontecer.

Isso mostra que a atuação na lógica despatologizante pelo Espaço Trans pode encontrar algumas contradições: nas práticas, podem chegar a construí-las sob uma ótica de atendimento despatologizante, sem fazer uso do diagnóstico, utilizando-o apenas estrategicamente, realizar o acolhimento por equipe multidisciplinar, e não um profissional psi que queira “averiguar” se a pessoa é transexual ou não. Porém, na radicalidade das ações, como essa situação provocou a lógica patologizante se mostrou como regente do serviço, dando os limites e enquadres que devem ser estabelecidos para o usuário. Ou seja, o enquadre nessa ótica parece ser inevitável no âmbito institucional, enquanto a atenção à saúde estiver atrelada ao diagnóstico.

Trago como hipótese que a ausência de protocolos das categorias profissionais pode fragilizar a equipe especializada, pois resta apenas a portaria e a resolução do CFM como resguardo ético. Se as demais profissões (psicologia, serviço social, e outras) tivessem protocolos de atendimentos para as pessoas trans e travestis construídas junto a suas categorias, a disputa na produção do cuidado poderia ser mais párea, em termos regulamentadores e no jogo de forças em cena. Um protocolo feito pela categoria da psicologia, por exemplo, que tem se posicionado tão veementemente a favor do cuidado integral para as pessoas trans e travestis, como a resolução CFP 01-2018⁵⁴, pode ter muita potência para fomentar a disputa pelo cuidado em prol da autonomia dessas pessoas.

Além disso, a reflexão sobre o Projeto Terapêutico da instituição (PTI), inexistente no serviço (ou se existe, nenhuma/um usuária/o diz conhecer), amplia as possibilidades acerca da construção epistemológica dos princípios que o serviço adota (VASCONCELOS et al, 2016). É uma possibilidade de romper com a normativa do processo transexualizador, e conseqüentemente, com a psiquiatrização da saúde das pessoas trans e travestis, e de modo a evidenciar quais princípios e valores essa instituição direciona suas práticas. É a possibilidade de dar mais visibilidade aos seus preceitos que de fato acreditam. Também, o compartilhamento da construção do PTI e a divulgação dentro do serviço podem contribuir para um processo mais transparente e participativo. Na falta de documentos que concorram com a referida portaria, estabelecer os próprios valores institucionais pode servir para a

⁵⁴ Resolução que estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas trans e travestis, de modo a contribuir na eliminação da transfobia e do preconceito a esses grupos.

construção do fluxo e apoio em princípios que apontem para o cuidado integral que se queira construir.

A falta de protocolos para fortalecimento do fluxo, a fragilidade do trabalho interdisciplinar, o modo como se vem construindo políticas de saúde para pessoas trans no país e a ausência de discussão na formação dos profissionais sobre o assunto, podem ter contribuído para a equipe ter chamado o usuário, em tom questionador, e ainda, reforçado com demais usuários/as que há um fluxo existente. Porém essas conversas, ao contrário do intuito inicial, podem acabar reverberando como tons de ameaça: o que era para provocar um efeito de corresponsabilidade, se não há um empréstimo do poder contratual, quando necessário, pode soar culpabilizante.

Por que o usuário teve receio de contar para equipe? Será que se preocupou que alguém fosse dizer se ele poderia ou não fazer a cirurgia? Ele estaria colocando a possibilidade do acesso à cirurgia em xeque, caso contasse? Esse debate vai ao encontro da necessidade de se discutir autonomia e tutela das pessoas trans e travestis no âmbito da saúde.

Uma vez que a construção de políticas públicas em saúde às mulheres trans e travestis historicamente tem sido atrelada às respostas às IST's e mais recentemente, às modificações corporais, trazendo os homens trans para o foco também, considera-se um avanço a saúde integral à desvinculação da primeira. Contudo, atualmente encontra-se com centralidade na adequação a normas (cisgêneras) de adequação corporal “ao outro gênero”, dentro de uma lógica binária, mesmo que se embasem no princípio de integralidade.

Ainda que seja reconhecida a necessidade atual da compreensão patologizada da transexualidade para a conquista de direitos, é feita uma crítica ao paternalismo que essa compreensão também produz, em contraste a uma assistência que possibilite de fato visibilidade a diversidade de corpos e identidade não normativos (MISSÉ, 2008; AMARAL, 2011).

A equipe pode ter sentido falta de ter acompanhado todo o processo (ou teria sido sentimento de impotência enquanto equipe?) e receio de que, com um fluxo fragilizado, o acompanhamento não seria o principal para muitas pessoas (mas afinal, o que de fato se torna o principal para as pessoas que o frequentam?).

O mundo do trabalho é repleto de produção de vida, de potência e também de morte e frustração onde há espaço para a sensação de impotência (MERHY, 2014). Frente aos impasses que o processo de trabalho impõe, atrelado a uma norma como a do processo transexualizador que por sua vez se embasa na resolução do CFM que ameaça com punição caso não haja seu cumprimento é possível que a equipe precisasse tomar uma atitude de

cerceamento de possibilidades de vida, do fluxo de vida da/o usuária/o dentro do serviço, em nome dessa resolução. Abrir possibilidades para a equipe de que outras pessoas pudessem vir a fazer cirurgias com menos de dois anos, caso a equipe responsável não esteja sabendo, é uma situação delicada e que atualmente não há respaldo jurídico para um serviço adotar tal postura. Mas, precisamos pensar como produzir saúde com essas pessoas, aprender com elas, de modo a ampliar “graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida” (MERHY, 2014, p. 122).

Nesse aspecto, Butler (2009), considera a autonomia trans como efeito paradoxal ao se considerar ainda o diagnóstico, pois este pode tanto viabilizar acesso, quanto servir para reforçar o tratamento como doença mental.

(...) o diagnóstico facilita a legitimação de benefícios do seguro-saúde, de tratamento médico e de direitos jurídicos contribui efetivamente para o que se pode chamar de autonomia trans. Se desejo a transição, posso precisar do diagnóstico para alcançar meu objetivo; e alcançar meu objetivo é exatamente uma forma de exercer minha autonomia. De fato, podemos argumentar que ninguém alcança a autonomia sem a assistência e o suporte de uma comunidade, em especial quando se está fazendo uma escolha corajosa e difícil como é a escolha pela transição. No entanto, temos então de perguntar se o “suporte” oferecido pelo diagnóstico - que os indivíduos precisam para exercer sua autodeterminação de gênero - não é ambíguo. Afinal, o diagnóstico faz várias pressuposições que comprometem a autonomia trans (BUTLER, 2009, P 97).

Nesse rumo, podemos considerar que para a autora, autonomia trans

é um modo de vida socialmente condicionado. Instrumentos, tais como o diagnóstico, podem possibilitar ações, mas também podem gerar restrições e, muitas vezes, podem funcionar tanto de uma maneira quanto de outra (BUTLER, 2009, p. 98)

Ao discutir o diagnóstico da transexualidade no contexto estadunidense, a autora aponta duas abordagens diferentes para autonomia (como exercício de direitos e a luta em buscar se viver em uma sociedade sem diagnósticos). Para entender a diferença entre as duas abordagens e situações, Butler aponta que é preciso perguntar como as pessoas vivenciam realmente o diagnóstico. Nesse sentido, cabe perguntarmos ao usuário em evidência como ele entende sua autonomia.

Pensando que a tutela em saúde é outorgada para as pessoas trans e travestis, ou seja, elas precisam de uma política que aponte que os serviços para atendimento devem existir, e como devem funcionar, precisamos estar atentas/os na distinção entre preservar os direitos do

usuário (tutela) e cuidar (KINOSHITA, 2014). A linha entre as duas ações é tênue, e a depender do modo como fazemos uso do nosso poder contratual na relação com o usuário, esquecemos que “no espaço da relação de cuidado, o usuário é quem fala por ele mesmo” (Ibid, p. 17).

Considerando autonomia como multiplicação das redes de dependência, tal como Saraceno (1999) e Kinoshita (2001) a definem, podemos refletir sobre o acesso das pessoas trans e travestis aos cuidados em saúde, sob o prisma do exercício da autonomia.

“Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida”. Kinoshita, 2001, p . 57.

O cenário no qual o autor reflete é o da saúde mental, e nisso considera dependência relacionada a questões também subjetivas das/os usuárias/os. Embora, não sejam as mesmas questões que cabem aos usuárias/os trans e travestis que entrevistei e aos usuários no geral do Espaço Trans, a dependência quantitativa cabe aqui em relação ao número de serviços que os atendem, e número de profissionais capacitados. É fato que elas/es possuem acesso a uma restrita rede de serviços, e dentro dos que existem, uma restrição evidente de profissionais que estão preparados e/ou “decidem” atendê-las/los,. Nesse sentido, podemos pensar que para que as pessoas trans e travestis possam fazer exercício de maior autonomia, e acessar os cuidados aos quais desejem, é preciso ampliar a quantidade dos serviços que as/os atendam. Assim, além de uma participação mais efetiva da/o usuária/o no serviço, construindo maiores e melhores canais de escuta, troca e contratualidade das ações, a construção de rede também é necessária para ampliação da autonomia do usuário.

4.2.2 Gambiarras como produção de rotas alternativas frente a uma rede de serviços um pouco solitária

Não ficar restrito ao plano das enunciações e anunciações das regras, portarias e resoluções é fundamental para adentrar o âmbito da produção do cuidado que acontece no cotidiano. As prerrogativas não dão conta do modo que ocorre a produção de compartilhamento, responsabilização, vínculo (FEUERWERKER, 2016). Ouvir as/os usuárias/os me fez adentrar um pouco em suas produções de mundo e traçar algumas pistas da

produção de cuidado nas interações e encontros estabelecidos, com profissionais, com as normas, com as resoluções, com as próprias histórias de vida. Contudo, consideramos que “aprisionamentos, capturas biopolíticas e gerencialistas também produzem vidas tristes e despotência” e que no mundo do trabalho parte da vida acontece (Ibid, p 7). Assim, surpresas, desconfortos, impasses, intensidades atravessam a todos/as as/os que produzem cuidados e se encontram no serviço de saúde: usuários/as, trabalhadores, gestores. O que acontece ali pode desmanchar certezas, abrir possibilidades. E é com essa aposta que seguimos. Trazer Cajueiro, evidenciando uma das experiências que ele teve ali no serviço, serve para problematizarmos, afinal, o que pode abrir e dar visibilidade também em outras narrativas que pense e produza cuidado, que fala sobre a vida, que nos ensina sobre o acesso a saúde. A partir do que ouvi, pude traçar algumas pistas do acesso ao cuidado produzido no serviço, bem como na relação com outros.

“Assim, os usuários das redes de saúde como um todo, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes de saúde, não são usuários exclusivos desses locais, apesar de haver grande territorialização. Consomem e produzem outros laços. São ‘nômades’ no sentido de que são produtores de redes de conexões existenciais não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, redes de conexões que fogem dos lugares que os serviços de saúde instituem como seus. Atravessam, furam itinerários e trajetórias conhecidas”. (FEUERWERKER, 2016, p . 12).

Minha conversa com Cajueiro aconteceu na Diretoria LGBT; a única que não aconteceu no próprio andar do Espaço Trans. Nesse dia, todas as salas disponíveis do serviço estavam sendo usadas para atendimentos, e vista a disponibilidade pré-dada pela Diretoria LGBT, convidei meu parceiro de entrevista do dia para realizar essa caminhada comigo. Chegamos ao local, caminhando e conversando, entre outras coisas, sobre o percurso que ele faz desde sair de sua cidade no Agreste de Pernambuco até chegar ao HC. Percurso este que tem a ver com os trajetos que como outras pessoas que moram no interior e são usuárias em saúde no Recife passam: sair muito cedo de suas casas, e retornar no final do dia, quando todas as consultas de todas as pessoas tiverem também terminado. Tal como uma árvore de caatinga, formas de resistir são estratégias para atravessar o período de estiagem, de seca. A partir dessa compreensão, olhando para a estória de Cajueiro, vemos que houve produção de uma maneira de resistir. No caso, foi criada uma solução improvisada para resolver um problema, isto é, para que o acesso fosse produzido, houve a criação de uma gambiarra no fluxo institucional.

A gambiarra de Cajueiro não é que deva ser reproduzida por outros usuários, para que também consigam o que desejam. Pelo contrário, serve para evidenciar possíveis acessos e barreiras produzidas na situação para que a partir de então equipe e usuárias/os possam partilhar mais a produção de cuidado, de forma mais corresponsabilizada e com maior produção de vida dentro dos serviços de saúde.

A equipe também produz suas gambiarras. E apesar do (possível) sentimento de impotência nessa situação por não ter acompanhado o usuário até a cirurgia, e consequente conversa estabelecida com o usuário, utilizam o diagnóstico dentro do serviço de forma apenas estratégica. Sem contar que debatem, provocam e pleiteiam um cuidado integral com atrizes/atores no âmbito político e acadêmico em busca de um cuidado despatologizado.

As gambiarras, portanto, são saídas criativas às barreiras de acesso aos serviços, estrategicamente usadas por usuárias/os e trabalhadoras/es. “Elas são possíveis, porque a produção de saúde é fruto de um trabalho vivo, operado em ato, que permite infinitas invenções no manejo do trabalho” (EPS EM MOVIMENTO, 2014 apud SAMPAIO et al, 2016, p.131).

Nesse sentido, fazer uso de hormônios na tentativa de apressar o acolhimento, apesar de ciente de alguns riscos, pode ser compreendido como produção de uma gambiarra para dar conta do extenso tempo que prometia o acolhimento. Em outro momento, quando conversava com Jatobá sobre o tempo para consultas no HC, também relata o caminho que faz para poder conseguir marcar o atendimento a tempo de conseguir o hormônio.

[Jatobá] Tem um segredo. Quando o hormônio tiver acabando a gente já marca. Porque a receita vale por três meses, não é isso? Aí hoje, é meu último dia de pegar hormônio, aí assim, quando eu sair daqui já vou marcar, aí pode marcar pro dia 20, 25, 30 (...) O segredo é marcar antes que acabar o hormônio.

Nessa perspectiva, o acesso das pessoas trans e travestis aos cuidados em saúde se dão muitas vezes por meio alternativo a rota institucional. Demonstra que muito temos a percorrer para que, ao nos depararmos com problemas de saúde dentro da rede institucional, encontremos soluções que garantam a integralidade, equidade e universalidade. Nesse caminho, uma das apostas que encontramos para que sigamos na luta por acesso a esse direito é trazer a/o usuária/o como central na produção de cuidado.

A equipe, capturada pela lógica burocrática, pode não ter enxergado o que de vivo havia nesse processo, tendo como consequência uma produção de cuidado sem a participação efetiva do usuário. Isso diz de um trabalho na perspectiva da integralidade quando não

restringe suas ações apenas ao instituído no processo de trabalho de uma equipe (MATTOS, 2009).

O que seria esse inédito que o usuário trouxe? Minha aposta é de que foi a própria vida disposta ao encontro com a diferença. Tendo uma vivência trans, no interior do estado, distante do único serviço que oferta ações e serviços de acordo com sua demanda, ele “aprendeu a se virar” desde sempre, a encontrar alternativas a institucionalidade para conseguir o que almejava, para vencer as algumas barreiras produzidas no SUS, como para conseguir encaminhamento para o Espaço Trans, como vencer as transfobias no percurso para o acesso ao TFD. Esse processo permite pensarmos que

“...a vida requer muito além do que é preconizado em protocolos, normas e diretrizes, e que estes mecanismos normatizadores acabam, muitas vezes, sendo utilizados para favorecer apenas arranjos burocratizantes e dificultadores do acesso e da continuidade na produção do cuidado. Na tentativa de transpor esse evidente fracionamento no atendimento às necessidades dos usuários, nós constatamos que as redes não podem ser capturadas por temas, ciclos de vida ou divisões exatas, visto que, por serem redes, se constituem sempre em movimento e sempre em construção” (JORGE et al, 2016, p. 206)

Experiências como a de Cajueiro nos mostra a urgência de pensar outras formas de se fazer cuidado. Mostra a urgência de legitimarmos enquanto profissionais as maneiras como as/os usuárias/os tecem suas redes de cuidado.

“Se o mundo social - um sinal de nossa heteronomia constitutiva - precisa mudar para que a autonomia se torne possível, então a escolha individual mostrará ser dependente desde o início de condições que nenhum de nós produziu ou desejou, e nenhum indivíduo será capaz de fazer escolhas fora do contexto de um mundo social radicalmente mudado. A mudança vem de uma ampliação de ações coletivas e difusas que não seriam próprias a nenhum sujeito singular, ainda que um efeito dessas mudanças seja que se venha a agir como um sujeito”. (BUTLER, 2009, p. 123).

4.3 AS DEMAIS ÁRVORES: A PRODUÇÃO DO CUIDADO ACONTECE (E MUITO) PARA ALÉM DOS MUROS

A dimensão territorial onde as/os usuárias/os de saúde estabelecem relações é variada e singular. Enxergam sua geografia de forma vazada, pois não só nos espaços materiais de saúde buscam seus cuidados, mas também vão para além dele, procurando outras ofertas que lhes pareçam mais adequadas (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002; FEUERWERKER, 2016).

Cajueiro criou outra rede, atravessada pela produção das redes ditas oficiais e mesmo assim houve produção de cuidado (MERHY, 2013a; FEUERWERKER, 2016). Por mais que não tenha sido aceita pela equipe da “rede oficial”, “por não ser a forma com que ela goste de trabalhar”, esse modo de produzir cuidado também é muito potente. Pois, considera as questões trazidas pelos usuários, enquanto é comum que nós profissionais de saúde falhemos na tarefa de trazer de fato as/os usuárias/os para a construção do próprio cuidado. É papel das/os profissionais criar espaços legítimos de escuta e troca sobre as construções do cuidado, estar atentas/os ao uso da contratualidade para que seja operacionalizado de forma equitativa, legitimando os saberes que carregam consigo, sem imposição hierárquica de conhecimentos. Afinal as/os usuárias/os possuem seus próprios movimentos, que por sua vez, produzem deslocamentos na equipe de profissionais, e esta precisa acompanhá-los para continuar produzindo cuidado, e não o contrário. Ou seja, com a gambiarra feita, é a equipe que aproveita o momento para repensar e reconstruir suas práticas, perguntando-se se de fato as/os usuárias/os estão no centro da produção do cuidado, de acordo com o que a equipe, é sabido, também acredita. Nessa relação, a/o profissional, tal como Umbuzeiro trouxe anteriormente acerca de sua percepção sobre sua relação com as/os profissionais do serviço ao ser indagado sobre a existência do PTS, deve estar caminhando ao lado, de mãos dadas.

Também importa destacar aqui que o acesso a cirurgias, muitas vezes, perpassa dificuldade com tempo de espera, e profissionais disponíveis, como no caso da mastectomia.

Nessa discussão, a forma como aconteceu o acesso à cirurgia no caso em questão chama atenção perante os acessos das demais pessoas. Todas que entrevistei desejam alguma outra cirurgia ou a primeira cirurgia. Para os homens trans, perpassa o desejo pela histerectomia, e ainda, para um deles, há uma demanda pela redesignação sexual, que ainda é experimental no Brasil. Esse usuário não possui muitas informações a respeito, mas relata gostaria de fazer caso veja e aprove o resultado de outras pessoas.

Para as mulheres que já fizeram cirurgias, uma delas ainda deseja tirar os “tracinhos masculinos” do rosto, e acredita que vai demorar uns 2, 3 anos para conseguir no Espaço Trans. Nesse aspecto, Carabeira que fez a redesignação e ainda passa por procedimentos complementares possui o desejo de retirar o silicone e colocar prótese. Essa questão perpassa também prejuízos visíveis a sua saúde, já percebidos por ela e relatados a equipe da cirurgia plástica que insiste em negar sua solicitação.

As demais árvores, sete no total, possuem o desejo por alguma cirurgia. Nesse aspecto, Pereiro e Umbuzeiro pretendem realizar a histerectomia e mastectomia. Relatam ansiedade na espera por elas e não sabem quanto tempo vão ficar na fila de espera. Um deles, também está

na fila de espera do CISAM e é acompanhado pelas duas equipes. Aroeira deseja colocar a prótese e fazer a redesignação sexual, também afirma não saber quanto tempo vai demorar em conquistá-las. Ainda, outras quatro árvores desejam colocar prótese. Uma delas, já com dois anos de acompanhamento, possui ainda o desejo de fazer uma plástica no nariz. Afora essas, Baraúna se mostrou pensativa quando conversamos acerca de fazer ou não a redesignação e apontou que a participação nos grupos, tem a ajudado a refletir.

A questão que quero ressaltar sobre essas informações é: nenhuma sabe dizer a previsão para ser chamada. Além da dificuldade na escassez da oferta das cirurgias, em relação a profissionais no serviço e de serviços como um todo na rede, a falta de informação local parece ser uma questão que aumenta a preocupação se irá conseguir ou não seus objetivos, ao menos para um deles, que relata isso ao dizer que não sabe como funciona a lista de espera.

As pessoas transexuais e travestis que usam serviços de saúde são bastante protagonistas de suas produções de cuidado (BORBA, 2014; ALMEIDA, 2012), e no Espaço Trans também encontramos pessoas que estavam ou estão produzindo seus cuidados para além da instituição física e dos encontros ali estabelecidos. Das 11 pessoas que conversei, oito já faziam uso anterior de hormônios. Em relação a outras intervenções corporais, uma delas havia aplicado silicone industrial no bumbum e nos seios. No bumbum ela aplicou em casa com uma bombadeira, que é geralmente a profissional ou travesti mais velha que costuma fazer esse tipo de aplicação de silicone industrial nas comunidades, sendo ela a responsável por deixar o corpo mais arredondado nos quadris, peitos, coxas, mas pode ser aplicado em outras partes do corpo (SAMPAIO; GERMANO, 2017). Já nos seios foi ela mesmo quem aplicou.

[Caraibeira] Eu botava silicone no peito. Botei silicone no peito sozinha. Porque se eu soubesse que aqui dava prótese eu tinha vindo pra cá. Eu uma vez mandei colocar silicone no bumbum mas rejeitou, saiu tudinho.

[pergunto onde colocou]

[Caraibeira] Em casa, com o que chamam bombadeira. Paguei, ela fez. Mas deu tudo errado. [Ri]

[pesquisadora] O do seio também?

[Caraibeira] No seio eu que fiz, não deu errado. Ah, já viu? É muita onda.

[pergunto sobre hormônios]

[Caraibeira] Hormônio, eu tomava demais, eu tomava três injeções por semana. Agora não, eu tomo uma e tomo androcur que o médico passa.

Mesmo após frequentar o Espaço Trans, a usuária continua tomando hormônio feminino injetável (Perlutam). A ciproterona (Androcur) que é o bloqueador de testosterona, é

fornecida pelo HC. Mesmo o primeiro não sendo o prescrito pelo médico, não foi um impedimento para ela continuar frequentando o hospital. Com esse recorte procuro destacar que há outras formas que as/os usuárias/os produzem seus cuidados e que há outras redes sendo tecidas por elas/es. Em consonância, Merhy e seu grupo de pesquisadoras/es definem a existência de outra rede de cuidado para além da instituída pelo Ministério da Saúde que não possui nenhuma pretensão de governamentalidade e previsibilidade. As redes produzidas, muito antes da criação dos serviços institucionalizados e do SUS, são vivas no território, construídas no cotidiano, por e entre várias pessoas. Redes vivas são modos de conexões de existências de indivíduos e grupos, em diferentes contextos e modos de viver (MERHY, 2016). As pessoas usuárias dos serviços também podem ser entendidas como redes vivas de si próprias: produzem movimentos, elaboram saberes, constroem e partilham cuidados (MERHY, 2014).

Por isso, partimos de um conceito de território dentro do campo da Saúde Coletiva que surge em diálogo com a Geografia. O interesse por sua conceituação emerge contextualizado na Reforma Sanitária, especialmente com a implantação do SUS, em decorrência da maior reflexão acerca do funcionamento dos serviços e a necessidade de conceber uma delimitação territorial para a organização das práticas de saúde (MONKEN et al, 2008). Segundo essas/es autoras/es, o território faz referência a limites e acesso de pessoas, locais e serviços, pois diferencia entre a quem/ o qual a ele “pertence” e “não pertence”, tomando como perspectiva um território que extrapola a divisão política entre povos e comunidades, porque abrange limites entre corpos e afetos entre pessoas. Dessa forma, a constituição do território ocorre de maneira processual, no qual podem existir “superposições de intenções de diferentes atores e conflitos” (Ibid, p. 7).

Com base em Unglert (1999), Monken e outras/os autoras/es (2008, p. 38) afirmam que “a base territorial é um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes do sistema de saúde”, sendo esse um passo fundamental para a caracterização da população e seus problemas de saúde e para a construção de responsabilidades entre serviços e pessoas que fazem parte do território. Afinal, o território da Saúde Coletiva

pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Assim, o território que falamos é, ao mesmo tempo: o território suporte da organização das práticas em saúde; o território suporte da organização dos serviços de saúde; o território suporte da vida da população; o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos

problemas de saúde e bem-estar; o território da responsabilidade e da atuação compartilhada. p. 38

Assim, as pessoas chegam aos serviços com seus conhecimentos e histórias de vida (MERHY et al, 2014). Nos relatos das pessoas que faziam uso de hormônios anterior ao Espaço Trans, apareceram ditos sobre partilhas de saberes através de uma famosa rede social, trocas por meio de grupos virtuais e entre pessoas conhecidas, presencialmente. Ouvir ensinamentos passados pela travesti mais velha e mais experiente é uma prática que parece usual, como Jatobá nos traz: “uma travesti fala e a outra segue, né?”. A mesma usuária oferece pistas de que o que importa, para algumas pessoas, tem a ver com o efeito visível no corpo que o hormônio produz, e não com um acompanhamento mais amplo, por exemplo.

[Jatobá] Eu digo, ensino, mas, elas pensam que Perlutam...Assim, tomar hormônio por conta própria é tudo. Cresceu o peitinho, tá boa. Mas não sabe por dentro.

Em outro momento da entrevista, eu pergunto a usuária como a equipe do serviço lidou com seu uso de hormônios anterior ao Espaço Trans. Ela traz em sua fala termos como “certo” e “errado” que preocupa quando pensamos em uma relação de cuidado que se propõe “caminhar de mãos dadas”.

[pesquisadora] Como o Espaço Trans lidou com seu uso de hormônios anterior ao Espaço?

[Carnaúba] Eles falaram com a gente, disseram que do jeito que a gente se automeDICAVA era errado, porque tinha que ter os medicamentos errado porque a gente podia se prejudicar futuramente né. Aí a gente explicou tudo conversou com ele “você sabia que era errado?”, “não sabia, a gente não sabia por isso que a gente veio aqui pro, pro espaço, pra saber a noção das coisas”. Aí pronto ele passou a coisa certa e até hoje a gente faz.

Conforme o relato, o médico pode ter adotado tal postura hierárquica de conhecimentos, assim como a usuária pode ter introjetado dessa forma. Não se pode negar que o uso indiscriminado de hormônios poderia lhe trazer prejuízos. Porém, essa postura pode afastar a usuária, já que a única possibilidade de atitude seria binária: o certo ou o errado, sem possibilidades de Redução de Danos⁵⁵, por exemplo.

Assim como é possível pensar que a falta de informações disponíveis acerca de um acompanhamento do hormônio e do uso mais adequado para cada pessoa pode contribuir com a diminuição de poderes de escolhas (como outras bem disseram que antes de ir ao serviço,

⁵⁵Para saber mais sobre essa forma de cuidado, ver Passos, E. H. e Souza, T. P. (2011), Petuco (2010).

nem sabiam que algum profissional de saúde poderia lhe ajudar). Com outra usuária, converso sobre o conhecimento que tem sobre o acesso (ou não acesso) de outras pessoas que conhecem em relação ao Espaço Trans.

[pesquisadora] Você conhece pessoas que não tão no Espaço Trans e usam hormônios?

[Aroeira do sertão] Conheço (...) não tenho amizade mas elas fazem muito uso da Perlutam injetável.

[pesquisadora] E elas sabem da existência do Espaço Trans?

[Aroeira do sertão] Acredito que sabem.

[pesquisadora] Por que será que elas não vêm?

[Aroeira do sertão] Eu acredito...assim, eu estava conversando com uma menina, que também é de Abreu, do Planalto (...) Ela se interessou pra vim no Espaço Trans. Eu dei meu número a ela, sendo que o motivo dela tomar iniciativa e vim pra cá deve ser esse, deve ser tipo, que não é tão acessível, você tem que ligar, tem que esperar, sabe? Nem todo mundo tem paciência quer parar sua hormonização pra esperar o espaço trans, né? Assim, eu não sei qual o motivo dela, cada um tem o seu, né, mas...(...) porque não é uma coisa tão acessível né? Não é (...).

Você pensa que não vai ser chamada, fica com receio, eu também ligava pra saber a data direitinho. Também por os hormônios em farmácia ser popular, injetáveis, né, fácil de acesso e é isso, e tá dando certo. Muitas tão tomando Perlutam por conta própria e tá dando certo, né?

(...) A única menina de Abreu que eu vi aqui foi a Duda*. Porque as outras acredito que elas se hormonizam por conta própria. Tem uma que um salãozinho também, eu estava conversando com ela. Aí ela diz que toma Perlutam, de quinze em quinze dias, parou, aí ela estava dizendo que estava muito gorda, mas eu disse “acho que é a Perlutam”, ela disse que não era a Perlutam, que já estava gorda, e é aquela coisa, tá entendendo? A maioria das meninas tomam hormônio por conta própria. E essa tem um salãozinho, não se prostitui, viu? Porque também a gente pode pensar “não, as que se hormonizam por conta são aquelas que tão se prostituindo, né, que não tem hormônio barato né, tal, não tem acesso a comprar a vim procurar um ginecologista aqui no hospital público, porque esse Estradiol é muito caro, sabe? Uma caixa de 2 mg é R\$60,00.

As barreiras para o acesso que Aroeira nos coloca – não apenas os dela, como de conhecidas – são o tempo de espera para ser acolhida, e o acesso mais facilitado de hormônios em farmácias populares, dada a constante falta no HC (isso para quem for acolhido) e o preço, mostrando que a diferença de valores é discrepante. O receio de não ser chamada pelo serviço, e ter de parar sua hormonização já iniciada na rede viva – e que convenhamos, está surtindo efeitos de aparência desejáveis – certamente pesa na hora de continuar insistindo na luta pelo atendimento na instituição de saúde. Essa luta consistiria em tentar barganhar de outra forma atendimento, insistindo em ligações, marcando presença, pois de fato, atualmente o serviço encontra-se fechado para novas/os usuárias/os. A mesma usuária, em seguida, ao questionar o acesso aos hormônios de quem é usuária do serviço, aponta possíveis rotas que outras estejam

traçando, buscando rotas mais viáveis (inclusive economicamente) de consegui-los, mesmo os que são prescritos pelos profissionais e deveriam ser ofertados.

[Aroeira do Sertão] Será que as meninas fazem mesmo aquela hormonização que o ginecologista passou, né? Porque tem os hormônios que você pode comprar na farmácia por preços abaixo do que aquela uma caixa de Estradiol de 2mg, Primogina, ela custa R\$ 60,00, né. E uma injeção de Perlutam, ano passado, que eu tomava, mandava o farmacêutico aplicar é R\$ 15,00, tá vendo? Então eu gostaria de perguntar “quando falta algum hormônio, qual o sentido de faltar, nos faltar hormônio aqui no hospital, qual o sentido do ginecologista passar aquela hormonioterapia, e a gente não ter disponível? Né?”

(...) E o nosso medicamento é um medicamento essencial, que não deveria faltar, deveria ser um dos primeiros a chegar. Porque a gente somos pessoas vulneráveis, né.”

Olhar para as redes vivas existentes na produção do cuidado ajuda a tirar o foco das intervenções das/os profissionais, muitas vezes, centrado em seus lugares institucionais no qual “se distraem ou não conseguem ver a produção da vida, ali onde é potente” (MERHY et al 2014, p. 9). O convite é feito, então, para se olhar fora dos muros, e perder esses movimentos de vista, mesmo estando dentro dos serviços. Movimentos que possibilitam o deslocamento de lugares, considerados na diferença (AMORIM, 2017).

Esses usuários, ao transitar por outros serviços, geralmente vivenciam situações traumáticas, de retiradas de autonomia ao não serem respeitados quanto ao nome social, ao serem destituídos de cidadania ao serem discriminados nos serviços. Nesse sentido, Juazeiro e Umbuzeiro relatam situações em que viveram atendimentos com profissionais despreparados, fazendo perguntas transfóbicas e sem ouvir as queixas das/os usuárias/os sobre as demandas, em serviços de emergências e no âmbito particular, respectivamente. Profissionais com importantes lacunas em sua formação, muitas vezes, se utilizam de valores morais para apoiar suas ações e atitudes discriminatórias. Isto é um reflexo de um Estado pretensamente laico, mas que pouco sabe separar a moral religiosa do local de trabalho. A maneira como essas pessoas veem os modos de vida das pessoas que saem da cisheteronormatividade, tais como as pessoas trans e travestis, estão vinculadas a abjeção a qual Butler (2000) discute. A construção de atitudes de profissionais de saúde com esse público por vezes é pautada na “coisificação” (BUTLER, 1998; 2002, apud BENTO, 2012).

Assim, as formas de cuidar produzidas nos bairros, é também uma possibilidade a partir da restrição, das barreiras do acesso à saúde. Há anos essa tem sido a única forma de cuidar, sendo legitimada pelas comunidades e com pessoas que podem ter mais vínculos do

que com profissionais de saúde. E é por isso que olhando para esse território, considerando as relações nele existentes, podem as instituições de saúde aprender a produzir cuidado de modo mais próximo à realidade das pessoas, de forma integral. São os saberes aprendidos nessa troca com a/o usuária/o que, muitas vezes, direcionam profissionais de saúde a pesquisar e aprofundar nos conhecimentos científicos para encontrar o hormônio mais adequado para cada situação, por exemplo. Nesse sentido, há relatos sobre profissionais que ouvem mais as suas sugestões, consideram suas histórias de vida nos atendimentos, principalmente voltados para a equipe nuclear e médica endocrinologista. Apesar disso, precisam olhar mais atentas/os a certas questões que atravessam os marcadores de raça e classe, como alerta Baraúna:

[pergunto se tem algo a acrescentar, ao final de toda conversa]

[Baraúna] (...) eu acho que o Espaço Trans - não é querendo dizer que tem que olhar pra gente de uma forma mais coitadinha – mas é que eu acho que o Espaço Trans tem que dar uma olhada nas meninas e nos meninos também que vem da periferia. O pessoal da periferia que procura o Espaço Trans. Porque eu acho que ali, eu sou de periferia também, a gente já é muito invisibilizado de saúde de tudo e quando a gente consegue vir pra esse espaço, a gente vem totalmente sem conhecimento de nada e acho que o espaço tem que ter um olhar diferente quanto a isso. Hoje eu estava escutando a menina dizendo que toma uma Perlutam a cada cinco dias e eu acho que o papel do Espaço Trans é tomar conta com esse tipo de fala. Porque não pode, mas ela é de periferia, pra ela, ela foi ensinada que é daquele jeito, enquanto que uma pessoa que não vive periferia, que tem mais acesso a saúde, então eu acho que o espaço trans também tem que ter esse olhar. Eu sei que é muita coisa pra eles fazerem, mas no meio de quem veio procurar, procure pelo menos sentar um pouquinho e procurar saber como que aquela pessoa entende de hormônio e como que ela manipula o hormônio na vida dela. Eu acho que era algo que a gente devia pensar. Que o espaço deveria pensar nisso. Eu fiquei muito preocupada quando ouvi ela falando que fazia isso. E é uma coisa que o Espaço Trans tem que resolver, porque ela não tá sendo acompanhada por aqui? Então como o espaço não tá sabendo?

(...) São as meninas de periferia que fazem esses malabarismos de hormônio (...).

É muita coisa, mas assim, a gente da periferia mesmo é o que tem menos privilégio em questão de hormônio, a gente usa qualquer coisa, porque é o que o dinheiro pode comprar, a questão de que você não ter o entendimento dos seus direitos eu acho que, por isso que eu digo aula de cidadania é muito válida, é uma coisa que tem que ter, porque os meninos e meninas que vem de periferia tão habituado àquilo, ao pessoal dizer que você é só isso, que você só pode aquilo e pronto. E acho que quando aqui implementar uma aula de cidadania, vai expandir demais, porque você vai chegar na sua casa, pronto, eu já chego na minha casa exigindo demais, mas uma menina que não tem entendimento de nada, vem pra cá e tem aula de cidadania, ela vai chegar no bairro dela e vai ser uma multiplicadora, porque ela vai dizer pras amigas dela: ‘olha, a gente pode isso isso e isso’. Teve uma aula massa aqui, eu não vim. Veio um pessoal da endócrino falar sobre hormonioterapia eu queria muito ter vindo, mas tive que trabalhar, e achei super-válido. Porque

aí trouxe um profissional pra falar sobre o que é que tudo aquilo pode causar a você. Então eu acho que a gente precisa de profissionais que venham a acrescentar, o grupo é bom, é ótimo, a troca de vivência é bom mas trazer o conhecimento ali pra dentro, vai ser bem melhor, bem mais viável, porque a gente sai daqui fortalecido, a gente vai sair daqui pronto pra luta. Porque o espaço trans, o nome nem diz que é lugar de tomar hormônio, fazer cirurgia: é um espaço, dedicado a pessoas trans. Então dentro daquele espaço, muita coisa pode ser feita. E não só vim pra cá e querer tomar hormônio.

Apesar de serem necessários maiores estudos sobre outros riscos ainda desconhecidos à saúde acerca da forma de uso e tipo de hormônios, entre outros usos, para que de fato alcancemos a um cuidado integral (Carta ao Ministro da Saúde, 2012), muitas/os usuárias/os ainda produzem seus cuidados em redes fora dos serviços, conforme apareceram nos relatos. Sinais disso são dados não somente pelos discursos encontrados das pessoas entrevistadas, mas também da preocupação da equipe com os usuárias/os “faltosas/os” e/ou quando relatam dificuldades para adesão aos grupos. O que esses usuárias/os, as/os que ficam tanto tempo sem aparecer tem a dizer do cuidado produzido no serviço?

Uma das travestis que entrevistei, por exemplo, no momento inicial em que a profissional ligava para a usuária para fazer o convite de participação na pesquisa, disse que ela podia não estar atendendo ao seu telefonema, pois esta costumava atender ao telefone institucional quando “tinha algo que queria do Espaço Trans”. Depois de muitas ligações a profissional conseguiu falar com ela. Esse “ter algo que se quer” do serviço para atender demonstra uma relação de troca estabelecida pela usuária que aparece quando também lhe é conveniente e estratégico.

Assim, muitas das pessoas, por mim entrevistadas, passaram algum tempo sem ir alegando motivos diversos: efeitos dos hormônios e início de vida laboral. Mas até pelos próprios critérios de escolhas, as pessoas com quem conversei provavelmente apresentariam uma frequência maior no serviço.

A não adesão aos grupos era uma preocupação persistente da equipe que, inclusive, foi feita uma pesquisa breve pelas estagiárias de serviço social com as/os usuárias/os que estavam presentes no primeiro fórum popular promovido pelo Espaço Trans, ocorrido em outubro de 2017. Na ocasião, havia não mais que 15 usuários, entre mulheres trans, travestis e homens trans. A pesquisa consistia em responder um breve questionário em que apontariam os motivos pelos quais deixam de ir aos grupos e sugestões para melhorar, tais como, temas que gostariam que fossem abordados.

Quando questionamos sobre o que mais desejam do serviço todas afirmam serem os procedimentos cirúrgicos e algumas consideram que a obrigatoriedade dos dois anos é

importante para a pessoa ter certeza se quer ou não cirurgia, enquanto outras pessoas dizem que já que têm que ter, dois anos são suficientes. Parece-me que algumas pessoas entendem que na interação com o serviço tem conseguido produzir técnicas de si, de alterações corporais e subjetivas. Outras podem entender que o tempo mínimo obrigatório pode ser usado estrategicamente, pois sabem exatamente o que querem nele, e cumprem o que são obrigados a cumprir.

Vale lembrar que antes da fila de espera para a cirurgia, há a fila para acolhimento que revela o grande interesse das pessoas por terem seu direito garantido: acesso à saúde. É um dado que não podemos desconsiderar e vemos como saída o tensionamento de profissionais, gestoras/es e usuárias/os para que mais serviços sejam construídos especializados que realizem cirurgias, conforme as demandas das/os usuárias/os. Nesse sentido, ao participar de uma mesa/conversa sobre saúde das pessoas trans com discentes do curso de medicina da UFPE, do Campus de Caruaru, em maio, soube de um ambulatório de iniciativa municipal que estava prestes a ser aberto no presente ano e que até então não foi concretizado. Quando for aberto, suspeito que viverá a delícia de ser um serviço muito esperado no agreste pernambucano, reforçando a importância de que o percurso da organização dos serviços para atender a essas pessoas tem de ser descentralizada. Porém, e infelizmente, poderá ser o único interiorizado no Estado e o segundo na modalidade ambulatorial na região norte/nordeste.

Assim, considerando que falamos de lugares próximos as instituições de saúde, vemos que um dos principais caminhos é provocar tensionamento no Espaço Trans e no HC fomentando a aprendizagem com a rede viva construindo cuidado de mãos dadas com a/o usuária/o, bem como, protagonizar formas de atuação para criação de uma rede de cuidado compartilhado entre as instituições e profissionais apostando na capilaridade da atenção à saúde das pessoas trans e travestis.

Pois, segundo Costa (2013), para superar essa lógica que perpetua as práticas em saúde como um todo, precisamos invertê-la, ou seja, sair da centralidade da atenção à saúde, no hospital e ir para as comunidades onde as pessoas vivem. Nesse contexto, a porta de entrada estaria na atenção básica de modo a ordenar o cuidado a partir de onde a pessoa vive direcionando-o de acordo com as suas necessidades. Atualmente, tal modelo estaria representado pela Estratégia Saúde da Família (COSTA, 2013).

Essa rede precisa estar apontada para o sentido inverso dos locais em que os níveis de atenção têm se organizado na atenção a saúde das pessoas trans e travestis, ou seja, necessita agora apontar pros territórios, olhar para os lugares onde as pessoas vivem e oferecer cuidado na ponta da assistência de modo a garantir a integralidade da atenção. Toda a rede precisa

olhar para o que as pessoas estão ensinando, dizendo sobre seus corpos e suas demandas, pras suas teias relacionais e formas de fazer cuidado como reforça a própria portaria do 2803/13 que coloca a Atenção Básica como porta de entrada, para se ter um atendimento integral.

Por fim, trago uma reflexão que Viviane V, professora, pesquisadora e militante transexual, faz sobre o direito à saúde e acesso a instituições.

“Considero complicado que nossas demandas específicas de saúde tenham de ficar restritas aos espaços do ‘cistema’ de saúde dedicados à nossa população, sendo aí vinculada a paradigmas patologizantes, de maneira geral. Por outro lado, esta restrição acaba significando que, fora destes espaços dedicados, a desinformação e a invisibilidade sobre nossos corpos e gênero conseguem ser ainda maiores – um contexto perturbador, dado que poucas cidades do Brasil têm tais espaços.” (Viviane v, 2015, p .126.)

O Espaço Trans, mesmo não atuando nessa lógica no âmbito das práticas do dia a dia, não é estendida a relação de respeito para todo o hospital, tendo casos de transfobias com o nome social, além de falta de acesso a hormônios, exames, atendimentos.

Por outro lado, estar fora desses serviços também indica que a situação é bastante perturbadora, pois são poucas as cidades que tem locais específicos para atendimento. Os serviços existentes e que poderiam atender as pessoas trans e travestis, como as unidades básicas e unidades de saúde da família, ainda não sabem atender esse público de forma integral, acolhedora e singular.

Além disso, a construção de uma rede de cuidado às pessoas trans e travestis somente será integral com a participação efetiva das pessoas que mais possuem interesse nessa produção: as pessoas transexuais e travestis.

4.4 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ESPAÇO TRANS

Desde a Constituição Federal de 1988 e a instituição da lei 8142/1990 que aponta a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde através dos “Conselhos de Saúde” e “Conferências de Saúde”, releva-se a importância de legitimar espaços em que as/os usuárióas/os possam participar da construção dos serviços. Outras formas de ampliar a participação social tem sido experienciadas em outros locais e estados, como por exemplo, a construção de Conselho Gestor de Saúde nas unidades na capital do estado de São Paulo. Nele, a proposta é que gestora/or, trabalhadora/or e usuária/o atuam de forma conjunta, deliberativa e permanente, instituído desde 2002 pelo município de São Paulo - Lei 13.325/2002. Afinal, acreditamos que o sucesso de qualquer nova política a ser

implementada no SUS depende de vários elementos, dentre eles, a valorização dos interesses das/os principais atores e atrizes envolvidas/os (VÁSQUEZ et al, 2003).

Tanto no âmbito da implementação da política, quanto para a maior horizontalidade das relações no cotidiano dos serviços, a participação das pessoas usuárias torna-se um dos principais componentes para a construção do SUS que seja firme em seus princípios originários. Retomando um dos sentidos que Mattos (2009) atribui à integralidade, esta consiste em buscar constantemente a reorganização do processo de trabalho por meio da ampliação do entendimento sobre as necessidades de saúde de um grupo populacional, mediados pelo diálogo.

Ainda mais na unidade de saúde hospitalar, local em que historicamente há uma predominância da forma de organizar e produzir saúde no modelo heteronormativo e médico centrado, é preciso emergir da participação social suas reais necessidades. Enquanto profissionais de saúde, é preciso criar e fomentar espaços para tal nos serviços, assim como, difundir informações acerca de reuniões de outros espaços para o fortalecimento entre usuárias/os, como por exemplo, reuniões e/ou ações dos movimentos sociais.

Segundo as deliberações da III Conferência Municipal LGBT do Recife, ocorrida em 2016, a participação social é fundamental para construção de políticas voltadas para essa população, em qualquer que seja o campo, principalmente porque necessita ser feita de modo intersetorial e exige maior complexidade das ações.

Para estruturar políticas públicas em qualquer frente de atuação, deve ser garantida a participação da sociedade. Promover espaços de participação social garante processos democráticos que possibilitam a convergência de interesses sociais com o aprimoramento da gestão pública. Políticas públicas intersetoriais de combate à violência contra a população LGBT devem ter como premissa a participação social em todos os seus momentos, seja na concepção, no monitoramento e na sua avaliação. (Anais III Conferência Municipal LGBT do Recife, p. 23)

Quando perguntei se havia espaços para construção e organização do cuidado com as/os usuárias/os no serviço, três pessoas relataram que não existiam, nem no Espaço Trans, nem no Hospital das Clínicas. Das onze pessoas, duas estavam sabendo que uma primeira reunião iria acontecer em breve, no dia 18 de outubro de 2017 - o primeiro Fórum de usuários no serviço, promovido pelo Espaço Trans. Outras duas confundiram os próprios grupos que acontecem quinzenalmente com espaços de participação social. Outras três pessoas relataram que reuniões com esse intuito existem no serviço, porém não participam. Um usuário aproveita para dizer que o serviço promove reuniões, porém não informam.

Afinal, não há espaços instituídos e permanentes para a participação social na construção do cuidado no serviço. É possível que nos grupos que acontecem quinzenalmente questões que são de interesse coletivo emergem, porém, para que ganhem status deliberativo é preciso que aconteça a legitimidade e ampla divulgação de espaços como esse, com objetivos definidos e representatividade garantida.

Mesmo que durante o período das entrevistas tenha ocorrido o primeiro fórum de usuários no serviço do qual participei é preciso avançar. Apesar da intenção das profissionais de ampliar os locais de escuta das/os usuária/os, para além das ações do serviço e da Ouvidoria do HC, visivelmente, havia mais profissionais, estagiárias, mestrandas, do que usuária/os, por exemplo. A ausência de avaliação do fórum para melhoria e consolidação do mesmo foi notada nas reuniões de equipe subsequentes que também participei.

4.5 O ACESSO INSTITUCIONAL TEM PRAZO DE VALIDADE?

O receio de perder o acesso aos cuidados em saúde surge como uma preocupação, percebido nas falas de dois homens trans, como veremos a seguir. Apesar de a saúde ser um direito a todas e a todos, é um assunto sério e pouco discutido a questão do acesso após a realização das cirurgias, principalmente. A portaria que rege o processo transexualizador estabelece o mínimo de um ano de acompanhamento multiprofissional, após a realização da cirurgia, não dizendo nada além disso sobre a garantia de atendimento no pós-cirúrgico.

A escassez dos serviços para essa população e a discriminação institucional, com o acréscimo a esse panorama da extensa fila de pessoas que precisam e esperam por atendimento, parecem colocar em xeque inclusive o acesso a quem dele já usufrui. São acolhidas/os pelo Espaço Trans, acessam por vezes hormônios, atendimentos e cirurgias e em seguida parece permear a ideia de que precisam deixar de acessar o serviço para dar o lugar a outras pessoas que estão na fila. Como proceder para que todas/os tenham acesso aos cuidados em saúde, e de maneira integral, com respeito à autodeterminação de gênero, com espaços legitimados de participação social?

Afinal, a saúde das pessoas trans e travestis não deveriam estar restritas a um processo “transexualizador”, como se ele em si pudesse transexualizar alguém e que findado o tal processo, o acesso a ele poderia chegar ao fim. Mas, não é bem assim na realidade. As pessoas trans e travestis demandam uma saúde de modo integral e garantida, em todos os níveis de atenção e em rede, a partir das suas necessidades, sejam elas quais forem,

específicas ou não específicas. Ou seja, não apenas por um desejo de uma cirurgia para modificação corporal que as pessoas deveriam ter acesso à saúde, por exemplo.

Além das questões apresentadas, a falta de protocolos e do PTI podem reforçar um não saber da equipe no modo como agir nessas situações, o que pode refletir no questionamento das/os usuárias/os sobre ter ou não seus acessos aos cuidados em saúde com prazo de validade, demonstrada também pela fala acerca do “desespero” das meninas usuárias quando pensam que podem ser desvinculadas, conforme relato do usuário a seguir.

[Umbuzeiro] (...) Foi um impacto muito, muito – vou falar até um palavrão – muito foda na minha autoestima assim. Acho que se não fosse o Espaço Trans, é como sempre falo, vou repetir mais uma vez, se não fosse o Espaço Trans, eu ainda estava lá, naquele corpo infeliz. E não tendo a cabeça que eu tenho hoje. Porque quando você começa o tratamento, muda tudo né. Você tendo o acolhimento, você começa a entender as coisas. Tendo uma pessoa pra lhe ouvir, fazer você entender as coisas assim, sabe. Aí o Espaço Trans foi fundamental, foi muito bom pra minha vida. Eu acho, não sei como vai ser depois, depois que passar esses dois anos, acho que vou ser acolhido ainda. Acho que vou ficar no acolhimento. Eu não imagino minha vida pós. Pós Espaço Trans. Não sei como é que vai ser. (...) porque eu acho que, como é algo que é de direito de cidadão, acho que a gente vai continuar sendo acolhido, eu acho. Acho que não vão abandonar a gente não. Porque acho que é por direito né? Do cidadão.

[Juazeiro] Eu pensei que depois da cirurgia, eu estava expulso da sociedade núcleo trans. As meninas disseram “não, você permanece”.

[pesquisadora] Mas e quem não faz cirurgia?

[Juazeiro] Fica. Então eu não ia fazer cirurgia, que eu não queria sair mais nunca do núcleo, não vou mentir. É onde eu tenho todos os meus acessos. Não teria lógica. Tudo bem que eu acho que assim, a gente deveria ter sim um espaço específico até a gente conseguir aquela... igualar ele para o âmbito geral de saúde né. Daqui que isso venha a ser uma realidade vai demorar uns trinta anos, mas um dia vai existir do tipo, a gente não precisar do núcleo específico pra ter atendimento correto (...) mas ele é a alma pra mim, de ser vitalício nele. Mas parece que, se não me engano, tem uma portaria dizendo que o acompanhamento tem que ser feito, eu não sei se foi o acompanhamento pra cirurgias, ou se acompanhamento do próprio núcleo mesmo depois daquele período que você passa a ser integrante do SUS normal.

(...)

[Juazeiro] Tanto que eu lembro quando eu disse “eita, vai ser minha última...”. Tem até uma foto da gente, aí no núcleo, que eu pensei que fosse meu último dia aí com os meninos. Trouxe bolo, trouxe um bucado de coisa, aí tirou foto pra comemorar. Aí as meninas fizeram: Carla*, é verdade que Juazeiro agora não faz mais parte do grupo da gente? Carla*: “nããã, ele continua no núcleo”. Porque é um desespero das meninas descobrir que tem que ser desvinculado, porque a gente já criou um vínculo, já por essa facilidade... não é facilidade, é o acesso que a gente deveria ter.

(...)

[Juazeiro] Eu acho que particularmente deveria permanecer, na minha opinião, até porque a gente se sente um pouco abandonado depois que recebe todo esse... é como se você recebesse um abraço de mãe por três anos e depois dissesse “não, te vira”.

Quando a transexualidade passa a ser de responsabilidade da Saúde Pública, a partir da portaria do CFM 1492/1997, muito embora com o foco evidente dado ao acesso às tecnologias aplicadas ao corpo, acaba por possibilitar maior visibilidade e procura dos serviços institucionais (LIMA; CRUZ, 2016). Porém, mesmo com as alterações realizadas desde então, e tendo como referência a publicação da última portaria do MS, que amplia o acesso aos homens trans (e às travestis), este continua fragmentado, e muitas de suas demandas invisibilizadas (Ibid).

Tal contexto pode vir a ser o pano de fundo da sensação de abandono demonstrada pelos dois usuários entrevistados. Contudo, não parece ser algo restrito às pessoas que se identificam com o gênero masculino e demandam acesso a saúde pelos meios institucionais. Afinal, é notório que o tempo histórico de políticas públicas no Brasil para as pessoas trans e travestis é recente. O modo como experienciamos atravessamentos das políticas em suas vidas, considerando o percurso trilhado e o tempo que levaram para conseguirem algum serviço digno para atendimento, pode vir a contribuir com a produção do sentimento de abandono a partir do momento que sabem o que é ter esse acesso ao direito, tal como ressalta Juazeiro: “não é facilidade, é o acesso” que deveria ter.

Nessa fala, chama a atenção que Juazeiro coloca em xeque a realização da cirurgia (a mastectomia): aponta que caso fosse possível escolher entre ter acesso à cirurgia ou acessar demais atendimentos pelo Espaço Trans, escolheria sem dúvidas a última opção. Essa fala soa forte, e coloca em xeque também o solo que estamos pisando: a saúde é mesmo um direito garantido a todas/os?

Nesse caminho, a construção de uma rede de serviços com objetivos em comum, que dialoguem entre si, em todos os níveis de atenção, e de forma descentralizada, aponta um início do trabalho a ser feito para que seja garantido o acesso aos cuidados em saúde.

4.6 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO DO ACESSO A SAÚDE EM CONTEXTO DE GOLPE

Há disputas entre os discursos, tanto no âmbito micro, quanto no macro. E as disputas travadas nesse último afetam o que ocorre no primeiro (MERHY, 2012). Portanto, embates

travados no atual momento político, econômico e social que vivemos no país, governado por um governo ilegítimo (SANTOS, 2016), reverbera consequências à produção do cuidado com as pessoas trans e travestis⁵⁶. Essa escrita está atravessada por certos episódios políticos brasileiros que precisam ser trazidos. Vivemos um momento em que temos sido bombardeados por mudanças políticas que ameaçam direitos de populações que já sofrem com a desigualdade nesse país.

Segundo Lígia Kerr, em entrevista recente concedida a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e divulgada em informativo⁵⁷ extraordinário, em que busca promover um debate sobre suas pesquisas acerca da situação da Aids no Brasil, reflete sobre os desafios atuais para o trabalho preventivo com temas inseridos no campo do enfrentamento ao preconceito e discriminação contra pessoas LGBTI+, por exemplo. Nesse sentido, ela afirma que a articulação no congresso nacional da bancada que ganhou o apelido de BBB (bala, boi e bíblia), composta pela frente de Segurança Pública, Agropecuária e Evangélica tem sido responsável pela aprovação de várias medidas que representam retrocessos. Com isso, mulheres, LGBTI+, juventude, indígenas, negros, entre outros grupos que já possuem uma situação de subalternidade são os que têm os direitos mais afetados. Dentre as medidas tomadas por essa bancada estão, por exemplo, a aprovação da PEC 55, que prevê diminuição dos gastos com a saúde e a educação, com congelamento de investimento por 20 anos nas duas áreas (KERR, 2018). Acreditamos que isso significa que o investimento à saúde pode não ser o necessário e adequado para atender integralmente as pessoas trans e travestis.

O atual contexto de golpe tem favorecido uma implosão de discursos moralistas e religiosos na sociedade como um todo, o que acentua preconceitos e discriminação no cotidiano das pessoas e no acesso aos serviços de saúde, reforçados por decisões políticas. A discussão sobre sexualidade prevista para acontecer nas escolas, como ação de prevenção a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, foi barrada por essa bancada (ANTRA, 2018). Tramita atualmente na Câmara dos Deputados um projeto substitutivo de Projeto de Lei que proíbe a utilização de conceitos como gênero e orientação sexual em qualquer disciplina, mesmo as não obrigatórias (PL 7180/2014). O texto compõe a proposta de criação do programa Escola sem Partido. Contudo, entendemos que decisões como essas apontam retrocessos drásticos à vida pela diversidade. Entendemos que o Brasil precisa de escolas que construam junto às/aos educandas/os e educadoras/es conhecimentos que dialogue

⁵⁶Para saber mais sobre o golpe que assola o contexto atual brasileiro, ver “Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil”. Org. Ivana Jinkings, Kim Doria e Murilo Cleto, Editora Boitempo, 2016.

⁵⁷Disponível em goo.gl/me2zHj. Acesso em: 18 de junho de 2018.

com transformação de valores e maior respeito às pessoas, de modo que diminua as desigualdades, a LGBTfobia, o racismo. Dessa forma, reitera Quinalha (2016), acerca do governo interino que comanda o país:

“Ao assumir, desde o Estado, um discurso religioso e com sua base de sustentação parlamentar nitidamente vinculada a setores fundamentalistas, esse governo interino toma o poder como um lugar de irradiação de discursos sobre gênero e sexualidade que colocam em risco conquistas de décadas, pois diversos projetos de lei em trâmite de autoria de parlamentares fundamentalistas terão agora mais chances de serem aprovados no Legislativo e sancionados pelo Executivo”. p. 116.

A intolerância à diversidade ganha mais espaço. A exclusão dos espaços sociais e familiares de pessoas LGBTI+ tende a aumentar. Ana Paula Portella (2005), ao analisar alguns dados de uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde sobre a violência contra as mulheres, nos alerta sobre a relação entre violência e espaços com menos democracia. Ao constatar que os resultados da pesquisa que couberam ao Brasil apontaram para maior prevalência e severidade da violência em locais em que havia menos serviços e informação, ou seja, menos democracia, percebeu-se que a forma de se resolver os conflitos nesses lugares fica, muitas vezes, a cargo de decisões pelo uso da força, e de modo privado. A violência, portanto, tem ganhado de um modo geral um amplo terreno para suas expressões, pois onde há menos democracia, podemos nos deparar com maior uso da força e subjugo das decisões tomadas por interesses hegemônicos, privados. Assim como, onde há menos democracia, a busca por resoluções de demandas violadas em saúde passa a ser cada vez mais individualizada, e a quantidade de gambiarras, assim como as judicializações, podem chegar a aumentar – isso se ainda contarmos com um sistema judiciário que dialogue com o sistema público de saúde.

Precisamos resgatar os princípios da criação do SUS, construído por participação popular, e que visa garantir o direito a saúde, de modo equânime, integral e universal. Contudo, não é o que parece ser prioridade do nosso atual governo.

O Brasil é o país que mais mata pessoas trans no mundo (ANTRA, 2018). O estado de Pernambuco ocupa o 7º lugar nesse ranking, na proporção assassinatos/população, e acima dele encontra-se Paraíba (1º), Alagoas (2º), Tocantins (3º), Ceará (4º). Estados da região norte/nordeste do país e que possuem como única referência na modalidade ambulatorial e hospitalar para saúde trans e travesti o Espaço Trans, no Hospital das Clínicas/UFPE.

Enquanto escrevo esse texto, pessoas trans são assassinadas no país, a cada 48 horas, simplesmente por serem transexuais, travestis, transgêneros (ANTRA, 2018). Próxima a mim, uma mulher trans foi espancada na UFPE após um evento de acolhimento às/aos alunas/os LGBT. Semanas depois, uma amiga trans quase foi assassinada após descer na parada do ônibus em um bairro de Recife. Em ambas as situações, casos de transfobia e travestifobia com agressões brutais, marcadamente por afrontar as normas de gênero. Atravessamentos dessas tensões no âmbito político ressoaram em algumas conversas que tivemos, ora mais, ora menos explícita. Referindo-se

[pesquisadora] E como você ficou sabendo [da existência do Espaço Trans?]
 [Aroeira] Eu estava na federal né, e teve a campanha, “meu nome importa”. Em 2015 né. Sendo que eu entrei em contato, tinha tipo jornal, panfleto lá da federal na biblioteca, ta entendendo. Do Hospital das Clínicas. (...) Aí eu cheguei aqui, meio sem saber o que eu era, se eu era trans, se eu não era, ta entendendo? É, dei meu nome civil. Aí eu vi outras meninas né eu pensava que a partir do momento que eu assumisse minha identidade de gênero, o mundo pra mim ia acabar, minha vida de estudante universitária ia parar por ali., ta entendendo? Filosofia pra mim eu não ia ter mais espaço de ensinar, nas escolas. Eu tinha que me prostituir, ta entendendo? Eu sempre associei isso – travesti - a prostituição, entendeu? E por ironia do destino ne, eu quase cai, tô resistindo ne, ainda tem uma possibilidade de eu cair na prostituição, entendeu? (...) e eu não chego nem a procurar emprego, nunca cheguei a procurar em escola privada, estágio ,porque eu sei que a sociedade é preconceituosa, o dono ou a dona que eu fosse procurar ia ser preconceituosa porque eles dependem da mensalidade dos pais que são preconceituosos ne, e o nosso próprio país tirou toda as minhas esperanças porque eu digo “não vai ter mercado pra mim privado né, na escola privada. Mas tem a pública, vou poder fazer concurso. Aí vem aquela história né, da PEC 55 que foi aprovada né, teve aquela reforma do ensino médio né? E só retrocessos. (...) aí eu desanimei, ta entendendo, a universidade dando banho de água fria em mim, e fora também dando banho de água fria em mim, o país dando banho de água fria em mim, me jogando mesmo na prostituição, não é?

[pesquisadora] O que você entende por cuidado? O que é fazer cuidado pra você?

[Carnaúba] Cuidado?

[pesquisadora] Em saúde.

[Carnaúba] Hoje em dia, tá difícil até em termos de governantes, porque eles não querem ter muito esse cuidado com a gente, era pra ter mais, porque a gente, não sei se tô indo pelo lado certo.

[pesquisadora] Não tem lado certo, não tem lado errado. É a sua opinião.

[Carnaúba] Aí assim, eles deveriam ter mais investimento, escutar a gente. As coisas que eles não querem. A gente se sente constrangida, indefesa, não sei tô indo pelo lado certo. Deveria ter mais esse cuidado por causa disso (...)

Trazer questões relacionadas a trabalho, educação, contexto político, para discutir cuidado, é falar de produção de saúde (LEI 8080/1990). As barreiras ao acesso à saúde em

decorrência de decisões de políticos que não escutam essa população, tal como Carnaúba trouxe, e as barreiras para conseguir trabalhar numa área a qual almeja para si, trazido por Aroeira, apontam para esses entrelaçamentos que decisões no macro e o acesso à saúde integral podem ter.

O compromisso enquanto profissional de saúde, pesquisadora e militante por um Sistema Único de Saúde que atenda as pessoas trans e travestis amplia em contextos antidemocráticos, dado sua vulnerabilidade em tempos normais, imagine agora. Essas pessoas são em maior parte usuárias desse sistema público de saúde, e no serviço do estudo, já vemos que há muitas pessoas sem atendimento, e por tempo indeterminado. É preciso lutar pela democracia. É preciso abraçar os princípios e importantes modificações que a Reforma Sanitária propiciou para a construção de políticas. O SUS é para todas/os e precisamos lutar para que ele se fortaleça e consolide como nosso sistema público de saúde brasileiro. O convite, portanto, é a limpar nossas armas e lutar por um cotidiano em que as árvores possam respirar. Aprender a ouvi-las, para saber por onde caminharmos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o objetivo de analisar o acesso aos cuidados em saúde das pessoas trans e travestis produzido no Espaço Trans, localizado no HC/UFPE, a partir da escuta das/os usuárias/os. Considerando o solo democrático no qual o SUS foi implementado e vem sendo construído, e trazendo especificamente o aporte teórico do grupo de pesquisadoras/es da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ, coordenado por Emerson Merhy, pudemos apontar questões importantes acerca do que as pessoas trans e travestis trilham para o acesso aos cuidados em saúde. Nesse percurso, os desafios são vários e necessitam ser tensionados para traçarmos um caminho rumo à garantia do acesso e a um cuidado integral.

Ao construir um caminho teórico para compreender os princípios do SUS, pautamos que a integralidade, em sua maneira mais completa possível abarca a noção de equidade e universalidade (CECÍLIO, 2009). Especificamente às pessoas trans e travestis, é preciso atentar a uma integralidade da atenção que se volte à autodeterminação de gênero, o reconhecimento de que há determinantes sociais que impactam a saúde (Brasil, 2013a), e de que suas demandas são amplas, diversas, e não restritas às modificações corporais atreladas à identidade de gênero (Brasil, 2013b).

Todas/os tiveram o primeiro acesso ao processo transexualizador no SUS através do Espaço Trans ou no antigo serviço que funcionava no HC, mesmo este nível de atenção à saúde não sendo considerado porta de entrada no sistema, tanto pela portaria 2803/2013 quanto pela perspectiva da Saúde da Família. Sendo a Atenção Básica referenciada por estes documentos como acesso preferencial ao SUS e ao processo transexualizador, de forma que ele seja ampliado e em diálogo com as necessidades das/os maiores interessadas/os, o modo como este redirecionamento da organização das práticas deva se dar precisa ser uma das principais pautas das agendas a ser debatida em rede de serviços. Afinal, não estamos falando meramente de construção de mais serviços, pois se não houver um alinhamento para construções de protocolos e objetivos em comum, o acesso aos cuidados pode continuar fragmentado. Essa situação se mostra ainda mais urgente para quem é do interior, para quem está na fila de espera do serviço sem previsão para abertura, como para quem não está na fila ainda e pode vir a demandar acesso aos cuidados em saúde em algum momento de sua vida.

Em relação ao acesso para o acolhimento, percebemos que no serviço institucional, mesmo este tendo suas ações sob uma ótica despatologizante e se mostrando como equipe

nuclear aberta e disposta a mudanças e críticas, a existência de produção de acessos e barreiras permanece fazendo parte do processo de trabalho, e não deixa de incidir nos modos com que as/os usuárias/os produzem o acesso. Nesse sentido, a produção de barreiras atreladas ao acesso aos serviços do processo transexualizador do SUS vinculado ao diagnóstico, pode demonstrar que enquanto os serviços permanecerem regulamentados pela lógica patologizante, algumas práticas que limitem e cerceiam a autonomia da/o usuária/o podem continuar a ser reiteradas. Ademais, buscou-se contribuir com o debate sobre a autonomia produzida no âmbito dos serviços, uma vez que esta é fundamental no acesso aos cuidados em saúde, especialmente quando falamos com uma população que historicamente foi cerceada e tutelada pelas áreas médica e jurídica. No caso específico das pessoas trans e travestis, propusemos debater que os graus de autonomia também podem estar relacionados à ampliação do número de serviços que se poderiam acessar, já que os serviços são poucos, e profissionais disponíveis para todos os atendimentos desejados também, colocando-as/os, muitas vezes, com poder de decisão muito restrito sobre os próprios acessos aos cuidados em saúde frente à escassez de ofertas. A construção de cuidado em rede se mostra urgente, especialmente reforçada pela fila de espera para a cirurgia, aliada a outra fila de espera para acolhimento inicial, sem previsão alguma para abertura.

Sobre o acesso a hormônios, muitas pessoas relataram produzi-lo bem antes de virem a se vincular a qualquer serviço. Contudo, o acompanhamento em saúde, um direito que deveria ser garantido no solo constitucionalmente democrático, parece não acontecer também por falta de informação, para além de desejar ou não ir a uma/um médica/o, principalmente em relação às travestis. A oferta desses recursos no Hospital das Clínicas da UFPE também se mostrou insuficiente para o número e demandas de mulheres trans e travestis que os demandam. Sobre o primeiro aspecto, a divulgação do serviço de forma a garantir acesso à informação sobre os cuidados que podem ter acompanhamento por equipe profissional podem vir a diminuir esse gargalo do acesso. Porém, com o serviço não realizando novos acolhimentos, é preciso ter uma rede para poder informar onde e quando procurar.

Em relação ao acesso a exames, também se mostraram insuficientes, no que tange a nem chegar a corresponder aos exames solicitados pelas/os profissionais do HC, inclusive exames obrigatórios, mostrando por vezes indisponíveis. Essa questão recai principalmente para o acesso aos homens trans, conforme debatido.

O Hospital das Clínicas, tendo como responsável por sua gestão a EBSEH, deveria dar visibilidade reconhecida às pessoas trans e travestis como usuárias/os do serviço, a começar pela alteração no organograma do hospital, que aos olhos de quem entra e passa pela

placa no térreo, não conseguirão visualizar a existência do Espaço Trans. Ademais, é preciso destacar que ao que tudo indica é um setor que “rende” significativamente em termos financeiros para o hospital, as pessoas usuárias do serviço poderiam ter um retorno mais adequado do recurso, com vista na melhoria da qualidade do serviço, no que concerne, por exemplo, o aumento do quadro de profissionais, adequação da estrutura física, entre outras.

A produção de gambiarras feita por usuárias/os foram compreendidas como formas criativas e resistentes frente a uma rede escassa de ações e profissionais construídas para essa população. A constatação aponta para a necessidade de que profissionais e gestoras/es problematizem seus/nossos processos de trabalho, de modo que tragam para o centro da produção do cuidado institucional a/o usuária/o para construções coletivas do cuidado possibilitando o estabelecimento do poder contratual de forma horizontalizada, de modo que ele/as nos ensine sobre a própria saúde e demandas. Um exemplo de ferramenta é a construção do Projeto Terapêutico Singular desde que consiga possuir sentido prático ao cotidiano da equipe e à/o usuária/o. Frente à restrita oferta de qualquer procedimento de cuidado em saúde, a construção coresponsabilizada com a/o maior interessada/o tem maiores chances de vir a trilhar os caminhos para a integralidade da atenção, entendendo a saúde como direito a ser garantido. Por outro lado, formas de lidar com essa produção de cuidado e de rotas alternativas de modo culpabilizante podem apontar para atitudes que visem à responsabilidade individual das/os usuárias/os. Afinal, independente do momento e porta que a/o usuária/o adentre no SUS, se na AB ou na Alta Complexidade, está na produção de espaços que garanta participação ativa das/os usuárias/os a própria construção do cuidado, nos serviços.

Outros instrumentais que surgem como aposta para a ampliação da participação das/os usuárias/os na construção do cuidado, e conseqüentemente do acesso a ele, surge como a construção de protocolos das categorias profissionais, bem como do Projeto Terapêutico Institucional. Como demonstrado, ambos podem vir a fortalecer essa equipe com suportes epistemológicos que confrontem às prerrogativas predominantes médicas e patologizantes. Ainda, o fortalecimento do trabalho interdisciplinar entre as equipes do serviço (nuclear e entre as/os profissionais de referência do HC) pode vir a garantir a produção de cuidados junto a/ao usuária/ao de modo menos fragmentado.

Nesse contexto, é preciso também ampliar e garantir a participação social no serviço e incentivar a participação social para fora dele (através do fortalecimento dos movimentos sociais, que pode vir a alimentar e contribuir para o debate dentro dos serviços). Os espaços existentes com vista a compartilhar as decisões junto à/aos usuárias/os se mostraram

incipientes. Precisam ganhar legitimidade pelas equipes dos serviços e serem construídos intersetorialmente, pois a discussão sobre acesso e saúde deve acontecer para além do campo da saúde considerando as determinações sociais.

Por fim, falamos do acesso para quem está dentro dos serviços. Porém, há uma extensão de pessoas fora das instituições, que não sabemos precisar quantas, e podem vir a demandar acesso aos cuidados em saúde. O serviço atualmente encontra-se fechado para acolhimento de novas/os usuárias/os. Considerando a escassez de serviços no nosso Estado, assim como na região ao qual o serviço é referência no país, mostra-se urgente a construção e abertura de serviços que atendam às pessoas trans e travestis em todos os níveis de atenção, e organizados de forma descentralizada com vista na maior abrangência. Não esquecendo, obviamente, a importância da sensibilização profissional para realização do atendimento sem discriminação, com respeito e de maneira integral.

As/os usuárias/os entrevistadas/os expressaram pouca relação com a rede institucionalizada existente. Entretanto, esse trabalho necessita de maiores investigações quanto à articulação entre os serviços ativos, pois não foi incluído como critério para as categorias de indicação para entrevistas alguma questão relacionada à “articulação com outros serviços, quando esta foi necessária”, por exemplo. A ideia dessa inclusão surgiu apenas posteriormente, quando já estava em campo e não poderia acrescentar no percurso. Nessa perspectiva, demanda maiores investigações acerca da conformação do funcionamento entre serviços, e se funcionam como um conglomerado de serviços, ou em rede, ou seja, guiados por um objetivo em comum.

Afinal, mesmo para as pessoas que já são usuárias do serviço, formas de produzir e acessar o cuidado em saúde não são as únicas encontradas no âmbito da rede institucionalizada. No geral, percebemos a construção de vínculo entre as/os usuárias/os e o serviço, especialmente com a equipe nuclear, e o reconhecimento pelas/os primeiros de impactos potentes que essa relação possui em suas vidas. Coexiste, por vezes, a consideração do que os profissionais dizem, mas também há a escolha de outros caminhos para o uso de hormônios, por exemplo, sem deixar de frequentar o serviço. Outras vezes, sabem de outras/os colegas que não estão ali, e tecem seus cuidados nas suas comunidades. Das variadas e diversas maneiras que podem estar configuradas, seja a produção de acesso aos cuidados em saúde no meio institucional, seja tecida no bairro onde mora, com as suas colegas e vizinhas, elas precisam ser reconhecidas e legitimadas para que se tenham maiores chances de construir um cuidado na perspectiva integral. Enquanto instituições públicas, é preciso estar atentas/os ao que está instituído, de certa forma enrijecida e o que é da ordem do

instituinte, do novo, inédito dos encontros, por exemplo. Nesse sentido, precisamos aprender, cada vez mais, com as redes vivas produzidas pelas/os usuárias trans e travestis, criando formas de mapear suas demandas e reivindicações, de modo que nos ensinemos sobre cuidado e saúde. Afinal, o SUS é construído para as/os usuárias/os e é com elas/es que vamos aprender a produzir um cuidado de forma que responda mais às suas realidades.

Em tempos de golpe, com o serviço fechado para acolhimento de novas/os usuárias/os, e rede de oferta escassa, torna-se, ainda mais, relevante trazer as/os usuárias/os para serem ouvidos, nos serviços existentes, como em pesquisas que façam a discussão sobre acesso aos cuidados em saúde. Até que cheguemos ao momento em que essas pessoas de fato estejam ocupando os lugares de pesquisadores, profissionais de saúde e gestoras/es de serviços é preciso garantir a legitimidade desses espaços.

Durante o tempo de escrita deste trabalho, muitas coisas aconteceram no tocante à garantia de direitos das pessoas trans e travestis. Citamos a aprovação pelo STF e aderência pelos cartórios de todo o Brasil à modificação do nome social sem presença de laudos e qualquer ordem judicial. Assim como, após 28 anos sem sofrer alterações, o CID retirou a transexualidade da seção de saúde mental, para inseri-la no campo de “saúde sexual”, conforme a autorização da OMS. Tais mudanças expressam significativos e importantes passos para a garantia plena dos direitos das pessoas trans e travestis. Porém, não possível trazê-las para o campo de análise pelas seguintes razões: o tempo próprio do processo de apropriação das informações; da transformação das mudanças normativas e seus desdobramentos reais na vida das pessoas, entre outras. Nessa perspectiva, nosso papel consiste em provocar ações, promover sensibilizações para que os serviços se preparem para trabalhar sem o acesso por meio do diagnóstico, como também, para que esse constructo seja desconstruído no âmbito das práticas profissionais, principalmente na dimensão das tecnologias leves do cuidado, em que se preze o aspecto relacional entre profissionais e usuárias/os.

Em relação ao processo de aprendizagem de construção da dissertação, preciso pontuar algumas questões. Primeiro, que enquanto lugar de profissional de saúde, cisgênera, as críticas e amarras que fazem referência a profissionais das equipes, são direcionadas também a minha formação, ação profissional e lugar de fala. Estar na academia me proporcionou um privilégio de poder me afastar da condição de lidar com o cotidiano do serviço para que pudessem ser feitas outras reflexões e inflexões acerca do acesso e barreiras ao cuidado em saúde. Minha escrita, muito vinculada ao campo de estudos na saúde é

expressa por uma linguagem um pouco mais “técnica” e “dura” permeada com jargões institucionais.

Acerca do percurso para a realização da pesquisa, o trabalho, inicialmente contemplavam objetivos mais amplos, mas, foram reavaliados por conta do tempo exíguo. Entretanto, o material produzido por essa pesquisa está comprometido com futuros trabalhos a serem desenvolvidos por nós.

Ademais, apontamos como limites da pesquisa o não aprofundamento acerca dos diversos marcadores sociais, como por exemplo, as questões atreladas à discussão epistêmica de raça, esse um tema emergente e fundamental ser discutido nesse campo de estudos.

Outro limite encontrado foi o não aprofundamento da análise acerca da escolha dos critérios e divisões em exitoso e não exitoso. Compreendido como problematizadores para a escolha junto à equipe, de modo que trouxessem usuárias/os ligadas/os às questões do cotidiano da equipe, um maior aprofundamento analítico sobre a relação da escolha e processo de trabalho da equipe, a partir da conversa com ela/e, poderia oferecer interessantes contribuições ao processo de trabalho da equipe e conseqüentemente, do cuidado produzido junto às/aos usuárias/os.

A pesquisa aponta para a necessidade de outros estudos, em relação ao acesso a outros serviços que atendem às pessoas trans e travestis em seus variados contextos regionais, especificamente ao acesso a cirurgia, conforme destacamos, para que se possa confrontar o que aqui propusemos debater. Que as barreiras e acessos nesse processo se tornem mais evidenciados e problematizados, para que afinemos os discursos entre as potencialidades e fragilidades desses serviços, de modo a construir uma rede de serviços orquestrada a nível federal, de forma descentralizada, intersetorialmente e com a participação social, para que o acesso aos cuidados em saúde das pessoas trans e travestis sejam de fato garantidos e que venham a ser produzidos de forma integral.

REFERÊNCIAS

- ADRIÃO, Karla G. Feminismos, **Psicologia e Justiça social: um encontro possível? Entrevista com Michelle Fine**. *Psicologia & sociedade*, 27(3), p. 479-486, 2015.
- ALMEIDA, Guilherme S. **Homens trans: novos matizes na aquarela das masculinidades**. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20 (2): 256, mai-ago, 2012.
- ALMEIDA, Guilherme S. **Reflexões iniciais sobre o processo transexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento**. In: Arilha, M.; Lapa, T.S.; Pisaneschi, T.C. (Orgs.). *Transexualidade, travestilidade e direito à Saúde*. 1ª ed. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- AMARAL, Daniela M. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro. 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- AMORIM, Emmanuela M. **Rede em Saúde Mental: perspectivas e encontros rumo a redes vivas**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo. 2016.
- Anais da III Conferência Municipal LGBT do Recife**. 03 e 04 de março/ 2016. Disponível em goo.gl/KnWcWK, acesso em 03/02/2018.
- ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Mapa dos assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017**. 2018.
- ARÁN, Márcia. **A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero**. *Ágora (Rio de Janeiro)* v. IX n. 1 jan/jun 2006 49-63.
- ARÁN, Márcia. **A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade**. In: ARILHA, M.; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- ARAN, Marcia; MURTA, Daniela. **Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde**. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [1]: pag. 15-41, 2009.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiane. **Transexualidade e saúde pública no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1141-1149, 2009.
- AYRES, José Ricardo. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. AYRES, JRCM. 1ª edição. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro. 2009.

BARBOSA, Bruno César. **Imaginando trans: saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo**. 186 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2015.

BASTOS, João L.; FAERSTEIN, Eduardo. **Discriminação e Saúde: Perspectivas e Métodos**. Ed. Fiocruz. 2012.

BENTO, Berenice. **A (re) invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência Transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, Clam; 2006.

BENTO, Berenice. **Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2655-2664, 2012

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. **Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas**. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(2): 256, maio-agosto/2012

BERBEL, Neusi Aparecida N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, n.2, 1998.

BORBA, Rodrigo. **(Des)aprendendo a “ser”:** trajetórias de socialização e performances narrativas do processo transexualizador. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) - UFRJ. Rio de Janeiro. 2014.

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

_____. **LEI Nº 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 27/03/2017.

_____. **LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

_____. Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008**. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de agosto de 2008b.

_____. **Portaria nº 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as

competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 de agosto de 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Processo Transexualizador**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgepraiz/lgbt/21885-processo-transexualizador>. Acesso em 11/05/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos municípios**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 2009c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 08/10/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH) - o que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)**. Olga Vânia Matoso de Oliveira Consultora PNH/SAS/MS Brasília – Novembro/2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013b

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional**. Disponível em: goo.gl/Fdy5yi, acesso em 20/03/2017

BUTLER, Judith. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo"**. In: O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Guacira Lopes Louro, 2000.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Desdiagnosticando o gênero**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [1]: 95-126, 2009.

CARTA ABERTA AO MINISTRO DE SAÚDE. 2012. Disponível em goo.gl/WQbWor, Acesso em 22/01/2017.

CECCIM, Ricardo B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, vol.10, n.4, Rio de Janeiro, Oct./Dec. 2005

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M.. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Physis Revista de Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECÍLIO, Luiz C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 8ª ed. 2009.

CERQUEIRA GOMES, Maria Paula; MERHY, Emerson Elias. **Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental** / Organizadores: Maria Paula Cerqueira Gomes, Êmerson Elias Merhy. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

CÓDIGO PENAL. Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940.

CONILL, Eleonor M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp.s7-s16.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.652/2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1482/1997 de 10 de setembro de 1997**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm, Acessado em: 18 de Nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.955/2010**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. (Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, n. 232, 2 dez.2002. Seção 1, p.80/81).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans.** Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>. Acesso em: 03/04/2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE JANEIRO DE 2018.** Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS Manifesta Gestão Tempo de Luta e Resistência (2011-2014).** Brasília, 2014.

Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.

DUMARESQ, Leila. **Ensaio (travesti) sobre a escuta (cisgênera).** Periódicus. n. 5, v. 1. Mai-out. 2016.

FEINBERG, Leslie. Transgender Liberation. In: Stryker e Whittle (org.). **The transgender Studies Reader.** New York, Routledge, 2006.

FERTONANI, Hosanna P.; PIRES, Denise Elvira P.; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda D. A. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.** Rev.Ciência & Saúde Coletiva, 20 (6): 1869-1878, 2015.

FEUERWERKER, Laura C. M. Mais um pouco, a título de prefácio. In: MACRUZ FEUERWRKER, Laura Camargo; BERTUSSI, Débora Cristina, MERHY, Emerson Elias (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes,** . - 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. **Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? Pesquisa em atenção domiciliar.** In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy[et. al.] - 1. ed. – vol. 1 - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

FOOTE WHYTE, William. **Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada.** Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 2006.

FRATINI, Juciane Rosa G.; Rosita Saupe; Aline Massaroli. Referência e Contra Referência: Contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**, Jan/Mar; 7(1):065-072. 2008.

Grande Enciclopédia **Larousse Cultural.** São Paulo: Nova Cultural.24v.1998.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, 5, 07-41. 1995.

HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais**. Tempo soc. vol.26 no.1 São Paulo Jan./June 2014.

Informe Técnico Institucional do Ministério da saúde. **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Rev Saúde Pública;42(3):570-3. 2008.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero : conceitos e termos** / Bento, Berenice; Mott, Luiz e Sandrine, Paula (Revisão). Brasília, 2012.

JORGE; Alzira de O.; ALMEIDA, Daniel Emílio da S.; SILVA, Kênia Lara; PONTES, Mônica G.; MOEBUS, Ricardo Luiz N.; OLIVEIRA, Roseli da C.; OLIVEIRA, Roseni Rosângela S. **A pesquisa RAC MG e interferências no território de BH**. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy [et. al.] - 1. ed. – vol. 1 - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

Jornal do Comercio online. **Ambulatório LGBT é inaugurado na Policlínica Lessa de Andrade**. Notícia em jornal on line. Publicado em 16/11/2017. Disponível em <https://goo.gl/59bMRm>. Acesso em: 30/01/2018.

KERR, Lígia. **A segunda onda da Aids no Brasil. Entrevista publicada em 16 de junho de 2018**. ABRASCO. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/segunda-onda-da-aids-no-brasil/34641/>. Acesso em: 18 de junho de 2018.

KINOSHITA, Roberto T. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: Reabilitação psicossocial no Brasil. Org. Ana Pitta. 2001.

_____. Unidade 1: Projeto Terapêutico Singular. In: Módulo 6: Recursos e Estratégias do Cuidado. In: Álcool e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Walter Ferreira de Oliveira; Henrique Carneiro [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

LACLAU, Ernesto. **Emancipación y diferencia**. Lisboa: Difel, p. 43- 119, 1996.

Lei Municipal São Paulo. Lei 13.325/2002. Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde.

LEITE JÚNIOR, Jorge. **“Nossos corpos também mudam”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico**. Tese de doutorado. Ciências Sociais, PUC–SP. 2008.

LESSARD-HÉBERT, Michelle, GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gerald. **Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas**. Instituto Piaget. (1999).

LIMA, M. Fátima. **Biotecnologias, modos de subjetivação e práticas de si nos processos de hormonização entre homens transexuais**. In: *Corpos, Gêneros, Sexualidades: Políticas de Subjetivação*. Org. Fátima Lima. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

LIMA, Fátima; CRUZ, Kathleen Tereza. **Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina**. *Sexualidad, Salud y Sociedad. REVISTA LATINOAMERICANA*. n. 23 - ago. / ago. / aug. - pp.162-186 . 2016.

LIONÇO, Tatiana. **Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [1]: 43-63, 2009.

MARQUES, A., PINHEIRO, Roseni, ASENSI, Felipe D. **Justiça e integralidade em saúde: Apontamentos sócio-teórico-políticos sobre o aumento da judicialização da saúde**. *Persp. Online: biol. & saúde, Campos dos Goytacazes*, 18 (5), 76, 2015

MATTOS, Ruben A. de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5): 1411-1416, set-out, 2004.

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 8ª Edição. IMS: ABRASCO, 2009.

MEDEIROS, Raphael C. C.; BARBOSA, Pedro L. N. **A resignificação do discurso pansexual: o jogo do também**. *Anais Unicentro – EAIC 2015*. Disponível em encurtador.com.br/bmy48. Acesso em: 12/07/2018.

MERHY, Emerson E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. 1998. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0276.pdf>. Acesso em 02/06/2018.

_____. **Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades**. *Saude soc.* vol.21 no.2 São Paulo Apr./June 2012.

_____. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. In: *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos/ org. Tulio Batista Franco, Emerson Elias Merhy*, 1 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013a.

_____. (Coord.). **A produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde, do Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa**. Brasília, (Relatório Final) DF: SAS-MS, out. 2013b.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. A propósito de um prefácio. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy ... [et. al.] - 1. ed.** – vol. 1 - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio B. Mapas analíticos, um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Universidade Federal do Rio de Janeiro Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde 2007. Disponível em: encurtador.com.br/kqrR5 , acesso em 27/06/2018.

MERHY, Emerson; LIMA, Fátima. **Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva.** IN: In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy [et. al.] - 1. ed. – vol. 1 - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula C.; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima L.; CRUZ, Kathleen Tereza; FRANCO, Tulio B. **“Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua – Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.** Divulgação em Saúde para Debate, v 52, p 153-164, 2014.

MEYEROWITZ, Joanne. **How sex changed: a history of transsexuality in the United States.** Cambridge, Harward University Press, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S. **Triangulação de métodos quantitativo e qualitativo. In: . O desafio do conhecimento.** São Paulo : HUCITEC ; ABRASCO. p. 361-372. 1992.

MINAYO, Maria Cecília S. **Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças.** Revista Brasileira de Educação Médica. 33 (1 Supl. 1): 83-91; 2009.

MISSÉ, Miquel. **Argumentos para La descatalogación Del trastorno de identidad de gênero Situacion médico-legal y movimiento trans en el Estado español.** Boletín T-informa Del secretariado trans de ILGA [online], Ano 1, nº 10, setembro de 2008.

MONKEN, Maurício; PEITER, Paulo; BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa I.; NAVARRO, Marli; GONDIM, Grácia M. M.; GRACIE, Renata. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. 2008.**

NEVES, Benjamin B. de A. **Transmasculinidades e o cuidado em saúde: desafios e impasses por vidas não-fascistas.** Dissertação - UFRJ. Rio de Janeiro. 2015.

NOGUEIRA, Sayonara N. B.; AQUINO, Tathiane A.; CABRAL, Euclides A. **Dossiê: A Geografia dos Corpos das Pessoas Trans.** Rede Trans Brasil. 2017.

OLIVEIRA. M. A. de C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 66(esp.):158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: OMS; 1993.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão crítica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva – UFBA. 300f. Salvador. 2007.

PAIM, Jairnilson. S.; SILVA, Ligia Maria V. da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 n.2 São Paulo ago. 2010.

PAIVA, Vera. **“Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos”**. In: “Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafios para el acceso a la salud en América Latina”. Cáceres, Careaga, Frasca, Pecheny (org). Lima, FASPA/UPCH. 1ª edicion, Septiembre 2006.

PARKER, R. e TERTO JUNIOR, V. **Entre homens. Homossexualidades e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA. 1998.

PASSOS, Eduardo H.; SOUZA, Tadeu P. Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global "Guerra às drogas". *Psicologia e Sociedade*, 23(1), 154- 162. 2011.

PERES, Wiliam S. **Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas reflexões**. In: COSTA, H. et. al. (Org.). Retratos do Brasil Homossexual: fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: Edusp; Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, p. 303-319. 2010.

PERILLO, Eduardo B. da F. **Importação e implementação do modelo médico-hospitalar no Brasil: um esboço de história econômica do sistema de saúde**. 1942-1966. Tese, USP, 2008.

PETERS, Michael. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PETUCO, Denis Roberto da S. Redução de Danos – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. 2011. Disponível em goo.gl/7532zp, Acesso em 31/07/2018.

PINAFI, Tânia. **Do Paradigma Essencialista para O Pós-Estruturalismo: Uma Reflexão Epistemológica Sobre Sexualidade**. Temas em Psicologia., Vol. 23, no 3, 693-700. 2015.

PORTELLA, Ana Paula. **Novas faces da violência contra as mulheres**. In: OLIVEIRA, S.; CASTILLO-MARTÍN, M. (Org.). Marcadas a ferro. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

PROJETO DE LEI N° 7180/2014 – Comissão Especial Escola sem Partido. Altera o art. 3° da Lei n° 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

QUEIROZ, Danielle T., VALL, Janaina; ALVES E SOUZA, Angela Maria; VIEIRA, Nelva F. C. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

QUINALHA, Renan. **“Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil”**. Org. Ivana Jinkings, Kim Doria e Murilo Cleto, Editora Boitempo, 2016.

Relatório Final Encontro Nacional CFESS-CRESS. Recife, Pernambuco. 5 a 8 de setembro. 2013. Disponível em: goo.gl/auVMBE, acesso em 02/04/2017.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil.** Revista EPOS; Rio de Janeiro – RJ, vol. 5, nº 1, jan-jun, pág 156 – 181. 2014.

SAMPAIO, Juliana Vieira. **Viajando entre sereias: saúde de transexuais e travestis na cidade de Fortaleza.** 2014. 130f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2014.

SAMPAIO, Juliana V. AVARCA, Camila A. C. **(SIDA)danía e saúde de travestis e transexuais.** Dossiê Vivência 48. Revista de Antropologia n. 48|2016|p. 59-74.

SAMPAIO, Juliana V. GERMANO, Idilva Maria P. **“Tudo é sempre de muito!”: a produção de saúde entre travestis e transexuais.** Rev. Estud. Fem. vol.25 no.2 Florianópolis May/Aug. 2017.

SAMPAIO, Liliana L.P.; COELHO, Maria Thereza Á.D. **Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.42, p.637-49, jul./set. 2012.

SAMPAIO, Juliana. FERREIRA, Thayane P.S.; OLIVEIRA, Isaac L.; SOARES, Ricardo de S.; GOMES, Luciano B.; COELHO, Thatiany M.; ALMEIDA, Roberta B.. **No meio do caminho: a produção do cuidado na UPA, entre a atenção básica e hospitalar.** In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy ... [et. al.] - 1. ed. – vol. 1 - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

SANCHEZ, Raquel M, CICONELLI, Rozana M. **Conceitos de acesso à saúde.** Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8.

SANTOS, Boaventura S. **“Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil”.** Org. Ivana Jinkings, Kim Doria e Murilo Cleto, Editora Boitempo, 2016.

SANTOS, Márcia C. B.; ALMEIDA, Guilherme S.; VASCONCELOS, Ludimila S S.; MARQUES, Elizabeth, L M.; GUEDES, Samantha. **Processo Transexualizador no Rio de Janeiro: considerações introdutórias a partir do olhar do serviço social.** In: Transexualidades: um olhar multidisciplinar. Orgs. Marha Thereza Ávila Dantas Coelho e Liliana Lopes Pedral Sampaio. Salvador: Edufba, 2014.

SARACENO, B . **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível.** Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SCAVONE, Lucila; ALVAREZ, Marcos César e MISKOLCI, Richard (orgs.). **O legado de Foucault.** São Paulo: Editora da Unesp. 300 páginas. 2006.

SCHIFFLER, Ângela Carla R.; ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental.** In: Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental / Organizadores: Maria Paula Cerqueira Gomes, Émerson Elias Merhy. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

SILVA, Larissa Maués Pelúcio. Nos nervos, na carne, na pele : uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS.. 2007. 313 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

SILVA JÚNIOR, Aluísio G. da; CARVALHO, Luís Cláudio de; SILVA, Valéria M. N.; ALVES, Márcia G. de M.; MASCARENHAS, Mônica Tereza M. **Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade.** In: Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.) – Rio de Janeiro : CEPESC, 2006.

SPIVAK, Gayatri, C. **Pode o subalterno falar?** ALMEIDA, Sandra Regina G.; FEITOSA, Marcos P., FEITOSA, André P. (Trad.) . Belo Horizonte. Editora UFMG. 2012.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TENÓRIO, Leonardo F. P.; PRADO, Marco Aurélio M. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Periódicus.** n. 5, v. 1 maio-out. 2016 p. 41-55.

TENÓRIO, Leonardo F. P.; VIEIRA, Luciana L. F.; LIVADIAS, Suzana K. **Da luta à execução do Processo Transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE.** In: Transpolíticas Públicas / organização de Antonio Deusivam de Oliveira e Cristiano Rosalino Braule Pinto – Campinas: Papel Social, 2017.

TURATO, Egberto R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev Saúde Pública 39 (3):507-14. 2005.

v., viviane. **Reflexões autoetnográficas trans sobre saúde: invisibilizações e marginalizações sistêmicas, e resistências à patologização e normatização das diversidades de gênero.** In: Protagonismo trans*: política, direito e saúde na perspectiva da integralidade. 2015.

VASCONCELOS, Mardênia G. F.; JORGE, Maria Salete B.; CaATRIB, Ana Maria F.; BEZERRA, Indara C.; FRANCO, Túlio B. **Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial.** Interface (Botucatu). 20(57):313-23; 2016.

VÁSQUEZ, María Luisa; SILVA, Maria Rejane F.; CAMPOS, Eliane S.; ARRUDA, Ilma K. G.; DINIZ, Alcides da S.; VERAS, Ida L.; PEREIRA, Ana Paula C.. **Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):579-591, mar-abr, 2003.

VENTURA, M. et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Physis. 2010, v. 20, n. 1, p. 77-100.

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- ACESSO

1. Você sabe qual a sua Unidade Básica de Saúde/ Saúde da Família de referência?
2. Qual o primeiro local que você procura quando tem algum problema de saúde? Por quais motivos?
3. Você já foi atendido/a em algum outro lugar especializado em demandas trans? Se sim, onde? Ainda permanece? Se não, por que não permaneceu no serviço?
4. Quanto tempo demorou entre perceber que necessitava de atendimento em saúde específico por ser transexual ou travesti e procurar o Espaço Trans? Na sua percepção houve demora? Se sim, quais foram os motivos? *(o que busco investigar: quais serviços percorreu, quanto tempo levou, quais os motivos da possível demora? Como foi esse transitar até chegar ao Espaço Trans?)*
5. Como você ficou sabendo da existência do Espaço Trans? Como você foi encaminhado/a? *(Como foi seu primeiro contato com o Espaço Trans?)*
6. Quanto tempo você demora para chegar no HC, desde o momento em que você sai de casa e qual tipo de transporte que você utiliza? Como você avalia esse percurso? *(se a resposta não contemplar, investigar parte financeira: de onde vem o dinheiro que você usa para pagar o transporte para vir pros atendimentos?)*

- ESPECIFICIDADES DO ACOLHIMENTO E CUIDADO OFERTADO PELO ESPAÇO TRANS

7. Desde quando você está sendo atendido(a) neste Serviço?
8. Quanto tempo levou para você iniciar o processo transexualizador, contando a partir do primeiro contato que você estabeleceu com o Espaço Trans?
9. Você precisou fazer alguma intervenção corporal (como uso de hormônios, aplicação de silicone industrial) antes de ter acesso aos recursos oferecidos no Espaço Trans? Se sim, de que forma foi tratado pela equipe do Espaço Trans?
10. Se utiliza algum hormônio, qual local o fornece? Já passou por algum período em que houve descontinuidade do fornecimento? Se sim, qual motivo alegado pelo serviço?
11. Você necessitou realizar exames (laboratoriais, de imagem, etc.) solicitados pelo Espaço Trans? Se sim, onde você os realizou? *(Se a resposta apontar para outros locais que não o HC, investigar: e quem marcou para você?)*
12. Você já fez ou pretende fazer algum tipo de intervenção cirúrgica?

- Se já fez: qual/is foi/foram, por que e essa/s intervenção/ões contemplou/aram as suas expectativas? Quanto tempo você esperou para realizá-la?

- Se pretende fazer: qual/is, por que e quais são suas expectativas? Há quanto tempo está esperando para realizá-la?

13. Você considera que sua história de vida e suas experiências foram consideradas pelos/as profissionais do Espaço Trans?

14. *[nos seus atendimentos, nos grupos que você participa] As suas demandas e solicitações foram atendidas pelos/as profissionais? Se sim, de que forma? (O que busco investigar: a “demanda invisível” que Léo diz: “aquelas demandas que o usuário traz para o consultório, e o profissional de saúde não dá resposta e nem conversa direito sobre ela”. Ainda, importante verificar se se os profissionais de saúde questionam sobre aspectos da saúde em geral, não apenas das demandas específicas)*

15. Você construiu o seu Projeto Terapêutico Singular junto com seu/sua profissional de referência? Se sim, você se sente contemplado/a por ele? *(De modo simplificado, se o/a usuário/a não souber o que é PTS: O PTS é construído a partir do momento que você chega aqui, a partir da sua primeira conversa. Aquelas profissionais que te atenderam vão discutir a conversa que vocês tiveram na próxima reunião de equipe que houver. Lá, será onde vai ser discutido o seu caso e vai ser decidido qual profissional que vai te acompanhar durante todo o tempo em que você vinculado/a ao serviço. Após essa reunião, a técnica de referência vai te dizer que será ela a te acompanhar, e então vocês vão sentar juntas novamente e escolher quais recursos você vai utilizar, de acordo com as suas necessidades)*

16. Você conhece o Programa Terapêutico Institucional do Espaço Trans? Se sim, você teria alguma sugestão para melhorar? *(De modo simplificado, se o/a usuário/a não souber o que é PTI: PTI é o documento que direciona os objetivos e metas do serviço, bem como deve embasar as práticas dos profissionais)*

17. Você passou por alguma situação em que se sentiu desrespeitado/a no Espaço Trans ou em qualquer espaço do Hospital das Clínicas, por parte de profissionais e/ou usuários/as? Qual atitude foi tomada por você e pelo Espaço Trans?

Investigar apenas se anteriormente não tiver sido contemplada a questão da violação acerca do uso do nome social:

18. Você passou por alguma situação de violação no que diz respeito ao uso do nome social no Espaço Trans ou em qualquer espaço do Hospital das Clínicas, por parte de profissionais e/ou usuários/as? Qual atitude foi tomada por você e pelo Espaço Trans?

ASPECTOS AVALIATIVOS:

19. O que é cuidado para você?

20. Conte uma situação em que você vivenciou um bom atendimento no Espaço Trans? Por que você considerou bom?

21. Conte uma situação em que você vivenciou um atendimento ruim no Espaço Trans? Por que você considerou ruim?

22. Como você avalia o tempo para conseguir marcar consulta no Espaço Trans ou profissionais de referência do HC? *(o que busco investigar: a pessoa é atendida quando precisa?)*

23. Como você avalia os equipamentos utilizados pelos profissionais do Espaço Trans e profissionais de referência do HC?

24. Como você avalia a infra estrutura do Espaço Trans e do HC?

25. Quais são os recursos terapêuticos (hormonização, consultas, grupos, entre outros) que você utiliza no momento? E como você os avalia?

26. Como você avalia o cuidado ofertado pelos/as profissionais do Espaço Trans e profissionais de referência do Hospital das Clínicas aos quais você já tenha sido acompanhado/a? Faça uma avaliação por especialidade (Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Psiquiatria, Urologia/pré e pós operatório, Endocrinologia, Ginecologia, Cirurgia Plástica, Vascular, Otorrino, Fonoaudiologia, Dermatologia, Fisioterapia, e quaisquer outras que se fizeram necessárias).

(Se não contemplar a resposta, perguntar se percebe uma continuidade dos atendimentos EM RELAÇÃO ÀS CONSULTAS, é o mesmo profissional que te acompanha, por especialidade?)

27. O Espaço Trans teve algum impacto em sua vida? *(Posso lembrar os recursos terapêuticos que utiliza ou já utilizou para especificar sobre o que estou perguntando)*

28. O que você acha da obrigatoriedade dos dois anos que o Processo Transexualizador designa para que se tenha acesso a cirurgias?

29. Como você avalia o modo de funcionamento da gestão do “Espaço Trans”*(coordenação, organização e intermédio de conflitos)*

30. Como você avalia o modo de funcionamento da gestão do “Hospital das Clínicas”?

CONTROLE SOCIAL

31. O “Espaço Trans” e/ou o próprio Hospital das Clínicas promovem ocasiões para que os/as usuários/as possam participar da construção e da organização das linhas de cuidado ofertadas, tais como reuniões, assembleias, conselhos? Se sim, quais?

32. Você teria sugestões para melhorar os atendimentos ofertados no Espaço Trans?

REDE DE ATENÇÃO

33. Durante o tempo de permanência enquanto usuário/a do Espaço Trans, você necessitou de atendimento em outro estabelecimento de saúde? Se sim, em qual e por qual motivo?

34. Você necessitou de atendimento em outros serviços que **não** são da área da saúde, enquanto usuário/a do Espaço Trans? De que forma aconteceu a articulação entre estes e o Espaço Trans?

35. *Se a pessoa passou por outros serviços enquanto usuário/a do Espaço Trans: Você identifica uma continuidade nos atendimentos feitos pelos serviços por onde você passou? Se sim, como você avalia estes atendimentos?*

PARA OS/AS USUÁRIOS/AS QUE JÁ REALIZARAM ALGUM TIPO DE CIRURGIA
ACRESCENTAR AS PERGUNTAS ABAIXO:

36. Você foi informado/a sobre como se realiza os procedimentos cirúrgicos considerando os limites e avanços? (O que busco investigar: se a pessoa foi informada sobre como seria o procedimento cirúrgico, o que poderia acontecer de “bom” ou de “ruim”, durante e no pós cirúrgico)

37. O/a cirurgião/ã conversou com você sobre suas expectativas e condições em relação às cirurgias? (*Condições: físicas, financeiras...*)

38. Como foi a internação no Hospital das Clínicas?

39. Seu nome social e identidade de gênero foram respeitados?

40. Você poderia falar sobre como foi o pré-operatório, a realização da cirurgia e o pós-operatório? (se já não foi abarcado)

41. Você está satisfeito(a) com o resultado? (se já não foi abarcado)

42. O que o/s procedimento/s cirúrgico/s modificou/aram na sua vida? (se já não foi abarcado)

Última pergunta para todos/as:

43. Você gostaria de acrescentar algo e que não foi abordado?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa “O que os usuários/as nos falam sobre o cuidado ofertado pelo Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans e Travestis”, coordenada pela Prof^a. Dra. Luciana Vieira, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE.

Este trabalho pretende analisar o processo de cuidado ofertado para pessoas trans no Processo Transexualizador do Hospital das Clínicas da UFPE, a partir da escuta dos/das usuários/usuárias e considerando o princípio da integralidade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista semiestruturada que será gravada e posteriormente transcrita e analisada. As informações obtidas serão confidenciais e a sua participação será sigilosa. Os dados obtidos poderão ser publicados em periódicos científicos, mas a identificação nominal dos envolvidos não será divulgada.

Consideramos que algumas perguntas feitas, durante a entrevista, serão íntimas e pessoais, sendo garantida aos participantes a liberdade de não respondê-las, interromper a sua participação na entrevista, bem como retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Ainda assim, caso a entrevista venha a causar algum transtorno, o entrevistado poderá ser encaminhado para a Clínica Psicológica da UFPE.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com as responsáveis Giovana Meinberg Garcia e Luciana Leila Fontes Vieira, telefone (81) 2126.8270 que também serão responsáveis pela guarda dos dados da pesquisa, os quais ficarão arquivados no Laboratório de Estudos da Sexualidade Humana, localizado no Departamento de Psicologia da UFPE.

Após ter sido esclarecido(a) sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a).

Local, data

Nome e assinatura da pesquisadora: _____

* * *

Declaro que entendi os objetivos desta pesquisa, bem como, minha forma de participação, riscos e benefícios de minha participação. Eu li e compreendi este termo de consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local, data

Nome e assinatura do/a entrevistado/a: _____

Responsável legal e local onde serão arquivados os dados da pesquisa: Prof^a. Luciana Fontes Vieira - Endereço: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 9º. Andar, Cidade Universitária. Recife/PE - Telefones p/contato: 2126.8270

Comitê de ética responsável: Avenida da Engenharia, S/N - 1º andar, CEP: 50740-600, Cidade Universitária Recife - PE, Brasil. Telefone/Fax do CEP: (81) 2126-8588 - E-mail do CEP: cepccs@ufpe.br

APÊNDICE C
BLOCOS PARA INVESTIGAÇÃO ORIUNDOS DO ROTEIRO DA ENTREVISTA
SÊMI-ESTRUTURADA

Blocos	O que buscamos investigar
Acesso e Rede de Atenção a Saúde	Como se deu o acesso ao Espaço Trans e se houve acesso a outros serviços de saúde, bem como a existência de uma organização em rede de atenção a saúde.
Especificidades do acolhimento e cuidado ofertado pelo Espaço Trans	Como se deu o acolhimento, sobre como a equipe lidou com realização prévia de alguma intervenção corporal (em casos em que houve), se considera se a equipe considerou sua história de vida e se atentou às suas demandas, se construiu o PTS com o TR, se conhece o PTI, além de investigar se passou por alguma violação no HC e no Espaço Trans. Como foi o pré, o durante e o pós cirúrgico.
Aspectos Avaliativos e Controle Social	As questões foram mais específicas e direcionadas que as demais, e buscamos compreender o que entendem por cuidado, e como o enxergam no cotidiano do Espaço Trans. Investigamos sobre como avaliam o tempo para marcar consulta, os equipamentos e a infra-estrutura, os atendimentos, grupos e relações usuário-profissionais, assim como a gestão do HC e do Espaço Trans. O que acham da obrigatoriedade dos dois anos, e sobre possível interferência do Espaço Trans em sua vida, também foram investigados. Ainda, se há espaços para controle social na organização do trabalho.