



Artigos originais

Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015.

Transpeople in Primary Healthcare: analysis the process of implantation at Florianópolis (SC), 2015.

João Rogers¹
 Zeno Carlos Tesser-Júnior²
 Rodrigo Otávio Moretti-Pires³
 Douglas Francisco Kovaleski²

¹ Médico, Graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina

² Epíctenes: Núcleo de Estudos em Gênero e Saúde/UFSC

³ NEDAS: Núcleo, Graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo: A saúde da população transgênero vem sendo tema de debate há muitas décadas. No Brasil, com a implementação do Processo Transsexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008, colocou o atendimento das demandas específicas dessa população sob a responsabilidade da atenção secundária e terciária. Ao mesmo tempo, a classificação da transsexualidade como uma patologia pelo Manual de Diagnósticos em Saúde Mental (DSM) gera uma série de procedimentos clínicos que colocam obstáculos ao acesso dessa população aos serviços de saúde especializados. Esse contexto gera uma situação de falta de acesso que torna necessário o debate do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na coordenação do cuidado de pessoas transgênero. O presente artigo analisa as experiências no acesso à APS sob o olhar da população transgênero, levando em consideração o contexto de vulnerabilidade social à qual estão submetidas. Além disso, esse estudo propõe-se a analisar a experiência do Ambulatório de Atenção Primária à Saúde para Pessoas Trans de Florianópolis como proposta de mudança de paradigma no pensamento em saúde da população transgênero. Ao longo do último trimestre de 2015 e primeiro trimestre de 2016, foram realizadas entrevistas em profundidade, com amostra intencional de sujeitos atendidos no Ambulatório de Atenção Primária à Saúde para Pessoas Trans (AAPST) do Centro de Saúde Lagoa da Conceição em Florianópolis. A análise das entrevistas e os resultados foram apresentados em cinco eixos: a percepção sobre o atendimento nas unidades básicas de saúde, o reconhecimento da identidade de gênero e o uso do nome social como paradigma do acesso, a Imperícia no cuidado como quebra do princípio da Equidade; a patologização da transgeneridade e seu impacto no acesso e a percepção e aceitação do atendimento no AAPST. Conclui-se a necessidade de garantir o direito ao reconhecimento das identidades de gênero pelo Estado, reordenar o pensamento em saúde acerca de gênero e colocar a APS no centro dessa discussão.

Palavras Chave: Atenção Primária; LGBT; Transgêneros; Transexuais; Travestis.

Abstract: The health care of the transgender population has been the subject of debate for many decades. In Brazil, with the implementation of the Sex Reassignment Process by the National Health System (NHS) in 2008, put the attention of the specific demands of this population under the responsibility of secondary and tertiary care. At the same time, transsexuality classification as a condition, by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) generates a number of clinical procedures that hinder the access of this population to specialized health services. This context creates a situation of lack of access that makes it necessary to debate the role of Primary Health Care (PHC) in the coordination of care for transgender people. Objective: analyze the experiences in access to PHC from the perspective of transgender people, taking into account the context of social vulnerability to which they are subjected. Furthermore, this study aims to analyze the experience of Primary Care Ambulatory Health Care for Transgender in Florianópolis as proposed paradigm shift in the thinking of health for the transgender population. Methodological path: over the last quarter of 2015 and first quarter of 2016 interviews were conducted in-depth, with intentional sample met subject in Ambulatory Primary Health Care for Transgender (AAPST) Health Center Lagoa da Conceição in Florianópolis. Results and Discussion: the analysis of the interviews and the results were presented in five categories: the perception of the care in the basic health units, recognition of gender identity and the use of the social name as a paradigm of access, Malpractice in care as breach of the principle of equity; the pathologizing of transgenderism and its impact on access and awareness and acceptance of the service in AAPST. Limitations of the Study: Time to research production, the delimitation of the sample to the city of Florianópolis and the lack of experience of the researcher. Final Thoughts: We conclude the need to ensure the right to recognition of the State gender identities, reorder the health thinking about gender and place the APS in the center of this discussion.

Keywords: Primary Healthcare; LGBT; Transgender; Transexuals; Travestites.

1. Introdução

O acesso das pessoas trans ao Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se diretamente à discussão dos direitos humanos. Para Lionço(1), a construção de uma cidadania plena para essas pessoas, só pode se dar através da formulação de uma política de saúde específica e que esteja articulada com a consolidação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, em uma política de acesso integral necessariamente coordenada pela desconstrução da discriminação institucional, promovida em todos os âmbitos do Estado.

A temática da transgeneridade tem uma relação estrutural com a saúde na medida em que os paradigmas sobre corpo e saúde correntes na área, vão colocar as identidades de gênero dissidentes da heteronormatividade como doença e desequilíbrio, processo que é mediado pelo acesso aos serviços e pelas tecnologias em saúde. Para Rodriguez(2) os serviços de saúde são construídos por diversas regras impeditivas do acesso às pessoas trans, tendo como eixo central a interação assimétrica entre profissional e usuário. No cotidiano dos serviços de saúde, a autora observa que podem ser observados exemplos das exclusões de pessoas trans, tais como os problemas para o uso do nome social, a imperícia em protocolos clínicos de processo transsexualizador, a negligência às diversas situações de risco que essa população está exposta e, fundamentalmente, a discriminação direta contra transsexuais no âmbito da institucionalidade.

Mello(3, 4) trás como obstáculo a inexistência de uma política de Estado que dê suporte jurídico à população LGBT em termos de proteção e acesso específico ao SUS. Para Mello, a falta de um aparato legal, reiterado pelo poder legislativo e aplicado de forma integral pelo poder executivo, produz situações regionais de políticas públicas que se mostram insuficientes para a demanda do acesso integral e livre de discriminação. Mello reitera ainda, que a dificuldade de se aprovar um projeto de lei específico para LGBTs em muito está associado ao poder que grupos religiosos exercem no congresso nacional, ditando os rumos dos debates de gênero, não só no campo da saúde, mas também da Educação. Tanto Rodrigues(2) quanto Mello(3, 4) concordam que o eixo que norteia a discussão do direito à saúde para pessoas trans encontra-se no debate de gênero, em seus aspectos macro e micropolíticos.

Uma questão de fundo ao direito cidadão das pessoas trans refere-se as diversas concepções de gênero na sociedade contemporânea. Segundo Butler(5), não apenas o gênero, mas também o sexo é construído sócio-culturalmente, em um processo de reiterada e contínua significação dos corpos sexuados. Nessa abordagem, não existe causalidade entre o biológico, o sexo, o gênero e o desejo, tal como o entendimento da heterossexualidade compulsória. Butler defende a descontinuidade radical entre sexo e gênero, o que torna cada um desses conceitos artificiais flutuantes e performativos, uma vez que constroem realidades, permissões e exclusões.

Essa cisão radical tem como consequência a linearidade de que homem e masculino são naturais, assim como mulher e feminino, está rompida na argumentação de Butler, uma vez que um corpo que nasceu com uma estrutura entendida pela disciplina anatômica como pênis ou entendida como vagina podem estar presentes tanto em corpos de homens como de mulheres. É o que se performa intima e socialmente que configura as identidades de gênero. Não na natureza, a biologia ou quaisquer explicações causais. Para a autora, o gênero de uma pessoa é performativamente construído pela repetição ao longo do tempo de atos inteligíveis socialmente como masculinos ou femininos, reguladas por normas que nunca podem ser totalmente internalizadas. Nesse contexto, as pessoas trans experenciam e se constroem na/pela ruptura entre a imposição cultural de um gênero a um corpo sexuado e a identidade cultural do sujeito a quem essa imposição é aplicada.

Há, no entanto, especialmente na área da saúde, uma forte resistência às argumentações tais como as de Butler. A Associação Americana de Psiquiatria no Quinto Manual de Diagnóstico em Saúde Mental (DSM-V)(6), classifica a transgeneridade como um Transtorno de Disforia de Gênero, circunscrevendo à psiquiatria e à psicologia o papel de centralizar o cuidado desse grupo, que é entendido enquanto doente. Becker e Johnson, na quinta edição do Tratado de Psiquiatria Clínica, trazem como central no desenvolvimento do gênero, e, portanto naquilo que chamam de "fisiopatologia" da transgeneridade, fatores genéticos e hormonais pré-natais, limitando assim a abordagem da experiência transgênero à uma série de critérios diagnósticos biologicamente determinados que precedem uma intervenção supostamente terapêutica.

Cavalcante(7), apresenta como problemática a patologização da transsexualidade como pré-requisito para o acesso ao processo de transgenitalização. Segundo ele, a representação da transsexualidade como uma doença, além de equivocada na sua base epistemológica, limita o olhar ampliado, pois ignora os diversos contextos sociais, culturais, de classe e raça aos quais pessoas trans estão submetidas. Além disso, essa concepção reducionista impede o olhar integral e na subjetividade do sujeito, na medida que ignora as diversas possibilidades de expressão das identidades de gênero.

No Brasil, a Portaria 1707/08 do Ministério da Saúde(8), que institui o Processo Transsexualizador no SUS, e que se constitui a partir da Política Nacional de Saúde Integral LGBT(9) e única política a nível federal de atenção à saúde da população transgênero, segue as prerrogativas da Associação Americana de Psiquiatria e do DSM-V, tornando o acesso restrito à ideia de patologização das características identitárias. Apesar da portaria mencionar a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado de pessoas trans, discursivamente desloca a centralização do acompanhamento para a atenção especializada, na medida em que não opera como se daria esse cuidado no âmbito da APS.

Esse deslocamento encontra seu limite na organização da rede para o atendimento das demandas, pois segundo o próprio Ministério da Saúde existem hoje no país apenas cinco Centros de Referência reconhecidos para o Processo Transsexualizador e seis serviços ambulatoriais reconhecidos no SUS que atendem com base nesse programa e estão distribuídos em grandes centros urbanos(10).

É preciso ainda, levar em consideração o que se tem de dados demográficos e indicadores sociais em torno da população transgênero. Segundo relatório da iniciativa Transrespect Versus Transphobia(11), o Brasil é o país com o maior número de assassinatos de pessoas Trans, o que denuncia uma situação de vulnerabilidade social fundamental para qualquer política de saúde que proponha uma abordagem integral. É importante ressaltar que o relatório se baseia em dados levantados por entidades associativas (sociedade civil organizada) de representação da categoria transgênero com configurações diversas em cada realidade local. Na análise desses números, deve-se ressaltar que o Brasil encontra-se entre os países com maior número de associações registradas, o que torna difícil avaliar se essa informação corresponde a um dado da realidade ou ao fato da notificação sistemática ser mais frequente no país. Além disso, segundo o relatório, o Brasil ainda segue atrasado na disponibilização da hormonioterapia assistida e financiada pelo SUS, uma vez que são poucos os estados da federação que oferecem esse serviço regularmente.

Ainda segundo o relatório, o Brasil não apresenta escopo legal de proteção da população trans em temas como aplicação de legislação penal para a prática da transfobia ou crimes de ódio contra pessoas trans. E apesar de se apresentar no relatório com um dos países a reconhecer legalmente a identidade de gênero e a mudança do nome no registro civil, o acesso dessa população a esses procedimentos jurídicos são dificultados pela configuração de um sistema jurídico trans-excludente(11).

O contexto nos leva a questionar os motivos de não haver hoje estruturada no Brasil, uma política de APS a nível nacional, para pessoas transgênero, segundo os marcos da Constituição Federal(12) que prevê uma atenção regionalizada, integral e equânime. Mesmo com o advento da Política Nacional de Atenção Básica(13), não se estabeleceu na esfera federal diretrizes para o atendimento de pessoas trans na APS.

O que existe são algumas iniciativas regionais localizadas, a exemplo do Ambulatório de Atenção Primária à Saúde para Pessoas Trans de Florianópolis (AAPST), como apresenta Campos(14). Segundo o autor, a iniciativa de médicos residentes do Programa de Residência em Medicina da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMSF), em parceria com a Associação de Direitos Humanos com Enfoque na Sexualidade (ADEH), tornou possível promover o atendimento em APS de forma protegida à população trans da região da Grande Florianópolis e com uma prerrogativa mais próxima da integralidade, uma vez que rompe com o modelo biomédico de entendimento do gênero e da transgeneridade.

O presente artigo intenta analisar as dinâmicas e obstáculos impostos ao acesso de pessoas trans à APS e como a experiência de um serviço de APS específico para esse que rompe com o paradigma da patologização da transsexualidade é percebida por essas pessoas.

2. Percurso Metodológico

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da vivência de atendimentos no AAPST. A partir do convívio com as pessoas trans que frequentam esse serviço, e das demandas políticas apresentadas nos espaços da ADEH, surgiu a percepção de entraves e disputas no âmbito das políticas de saúde para as pessoas trans que tenham por potencial a ampliação do acesso qualificado aos serviços de saúde, levando em consideração todo o contexto de vulnerabilidade sócio cultural, entendidos como determinantes no processo de desenvolvimento da saúde e da doença dessas pessoas, tal como deve ocorrer segundo as diretrizes da APS.

Para isso, procurou-se identificar a percepção de pessoas trans sobre o uso do nome social e sobre as políticas públicas de promoção e prevenção à saúde de transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde. Buscou-se discutir suas percepções sobre os conhecimentos da equipe da ESF nas questões de identidade de gênero. Por fim, foi investigada a percepção das pessoas trans sobre o impacto proporcionado pelo acesso ao Serviço Ambulatorial de Atenção Primária específico para essas pessoas, que ocorre no Centro de Saúde Lagoa Conceição.

Os participantes desse estudo foram definidos como pessoas auto identificadas como transgênero, transexual e/ou travesti, que frequentavam o Centro de Saúde Lagoa da Conceição, Florianópolis (SC), às segundas-feiras entre as 18h00 e 22h00 para atendimento médico no AAPST. O ambulatório iniciou seu funcionamento em Abril de 2015.

O campo de estudo no AAPST mostrou-se com grande potencial de aproximação da realidade de pessoas transsexuais e travestis. Identificou-se o atendimento de 8 a 14 pessoas trans por dia, distribuídos em consultas agendadas ou de demanda espontânea. A equipe médica compunha-se por cinco médicos e três médicas residentes em medicina de família e comunidade pela Secretaria Municipal de Florianópolis (SC) e um estudante de medicina.

Foram entrevistadas 14 pessoas trans, entre as quais 9 se identificaram como mulheres trans e 5 como homens trans, sendo que um deles auto-identificou-se como não-binário. As entrevistas foram realizadas ao longo do primeiro semestre de 2016, de forma aberta e em profundidade. Foram questionados aspectos relacionados à identidade e as expressões de gêneros, as experiências em atendimentos na APS para questões relacionadas à transgeneridade, as experiências em atendimentos anteriores aos realizados no AAPST e a percepção quanto à relevância do serviço do AAPST no seu acesso ao SUS. As entrevistas foram gravadas após consentimento registrado em termo específico, com duração entre 4 a 12 minutos, realizadas ao término de consultas médicas. Aos sujeitos da pesquisa foi garantido o sigilo e o direito de desistência de sua participação a qualquer momento, bastando realizar esta solicitação por contato telefônico ou eletrônico com o autor, fornecidos previamente. As gravações foram transcritas e submetidas à posterior análise. As entrevistas foram transcritas e sistematizadas para análise com base na análise temática, conforme orientações de Minayo(15)

O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o parecer de nº 1.438.901.

3. Resultados e Discussão

Iniciamos nossa investigação questionando as diversas experiências de atendimento nos espaços da APS de modo geral, sem aprofundar nas demandas específicas das pessoas trans.

Chama atenção em diversos entrevistados o fato de o cuidado ser gerido de forma individual e autônoma, até que se apresente alguma situação de emergência ou de escassez de recursos, para que se possa procurar algum serviço em saúde.

M5: Antes [do atendimento no AAPST], era por conta própria. [...]

H1: bem, primeiro é algo que eu vejo se tipo, ah tem que tomar remédio e se sim, daí eu busco o centro público né.

H2: De fato se eu to ruim, se seu to passando mal, eu não vou no posto de saúde, sabe...tipo, eu prefiro ficar em casa do que recorrer há um espaço que não tem como me atender.

Nesse contexto, é possível inferir ainda, a partir de algumas falas que essa postergação do atendimento e o não acompanhamento regular com as equipes de ESF, se dá pelo despreparo das equipes no tratamento à pessoas trans, independente dos motivos que possam levar essas pessoas à buscar atendimento.

Algo que fica marcado nas entrevistas é, que apesar do questionamento tentar avaliar o atendimento de forma global, sem entrar na questão da identidade de gênero e da discriminação, que não é possível desvinculá-los das experiências vividas na APS.

M5: [...] o atendimento em si era uma porcaria. É... não é que era uma porcaria, é... não tinha o conhecimento, os profissionais não tinham conhecimento [...]

H1: Podia ter sido melhor as vezes que eu fui lá, na verdade, assim... Eu já tinha o nome social que eu usava antes, por causa do atendimento no hospital universitário, e no atendimento da UPA também tentaram respeitar, assim... Mas daí lá no campeche teve uma reação meio... "não, vou te chamar pelo seu nome que tá na carteira de identidade"... e daí eu tipo... "ok, não quero mais essa consulta" e daí eu fui embora.

O que se pode analisar, mesmo em situações de agravo não relacionadas ao processo de transição e redesignação sexual, que a experiência de acesso na APS de modo geral é negativa, e, portanto determina a resistência à procura desse e de outros serviços oferecidos nos diversos âmbitos do SUS. Assim, apresenta-se uma situação de inequidade no acesso, agravando a situação de vulnerabilidade à qual essa população está inserida, uma vez que, de forma velada e indireta, o acesso é atribuído à uma série de situações vexatórias e humilhantes.

Uma das características mais recorrentes nas entrevistas foi a percepção do não reconhecimento do Nome Social no tratamento a pessoas trans em todos os momentos do processo de atendimento nas UBS e UPA. Desde o momento da recepção, esse fator atribui a experiência da procura à serviços de saúde, uma experiência de violência institucional, ferindo a subjetividade da identidade dos sujeitos que procuram um acesso integral, como é possível identificar nas falas a seguir.

M1: Já teve uma situação de não chamarem (pelo nome social) e daí eu não vou"

M7: Não ser identificada com a sua personalidade, a sua identidade né. Isso é a pior.. porque muitas vezes a gente pode até deixar de ir no médico. Pensando assim que, chega lá aquela gente toda, e vai ser chamada pelo nome de registro, daí a pessoa já fica assim né... 'será que eu vou ou não?' daí fica adiando a ida no médico. Fica adiando, adiando, adiando e as vezes pode até ter uma coisa pior em casa. Uma infecção mais grave...

Esse paradigma mantém-se como cotidiano na rotina de pessoas trans, mesmo com o advento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT, que garante o uso do nome social em todos os âmbitos do SUS. É possível pressupor então, que esse fenômeno não encontra sustentação apenas na determinação institucional, uma vez que a própria regulamentação da instituição SUS reprime essa prática.

Seria possível então avaliar essa conduta como a expressão da concepção biológica de gênero, enquanto marca da formação em saúde? Não seria a própria ideia de que o gênero é um espectro determinado por condições biogenéticas, resultante natural de corpos sexuados, que fornece o arcabouço subjetivo para que profissionais da saúde, em todas as linhas do atendimento, realizem o tratamento civil de pessoas trans de acordo com o sexo biológico e não de acordo com a vontade dos sujeitos, conforme sugere a orientação jurídica?

A falta de conhecimento sobre a configuração jurídica parece não ser o único limitante no momento do acesso. Pois mesmo quando se fornece o subsídio necessário para que o profissional ajuste a conduta, o tratamento pelo nome de registro ainda é mantido, tornando-se um agravo na experiência vivida na APS.

M5: E muitas vezes pela forma do atendimento, de não ser bem atendido, de não respeitarem o nome social, muitas vezes não procurava a rede. [...] Muitas vezes eu tive sim que fazer escândalo, que fazer barraco, porque se não, você não é respeitada e muitas vezes nem atendida."

H1: Podia ter sido melhor as vezes que eu fui lá, na verdade, assim...Eu já tinha o nome social que eu usava antes, por causa do atendimento no hospital universitário, e no atendimento da UPA também tentaram respeitar, assim...Mas daí lá no campeche teve uma reação meio..."não, vou te chamar pelo seu nome que tá na carteira de identidade"...e daí eu tipo..."ok, não quero mais essa consulta" e daí eu fui embora.

Ainda nessa questão, se aceitamos a ideia da concepção reducionista de gênero como fator limitante indireto do acesso, e que se ela é a base epistemológica que sustenta a inferência de condição patológica à transexualidade, a própria ideia de patologização dessa identidade torna-se fator de sustentação da inequidade no acesso. Essa constatação abre o desafio de repensar os processos de formulação em saúde, que se mostram como uma das raízes da desigualdade apresentada, trazendo para dentro da discussão entre todas as categorias profissionais, outra concepção possível de gênero e de construção da subjetividade dos corpos.

É importante levar em consideração, que a dificuldade de se conceber gênero de outras formas que não a tradicional, é anterior ao processo de formação em saúde, em diversos espaços e âmbitos da sociedade civil. Porém é no campo das ciências da saúde e da biologia que se encontram a massa das pesquisas que subsidiam a formação e os protocolos do SUS, quando de fato, existem outras áreas de interesse de relevância semelhante ou até superior como a Psicologia, a antropologia e as ciências sociais no geral.

A questão da imperícia por parte de profissionais da APS tanto no tratamento civil quanto nas demandas específicas de pessoas trans foi fator recorrente durante as entrevistas. Algumas entrevistadas trazem a falta de habilidade de comunicação na abordagem como valor negativo subjetivo para a procura da APS, não relacionando necessariamente esse processo com a discriminação dolosa, como é possível observar nas falas a seguir.

M1: Eu sinto uma falta de preparo na hora de tratar uma pessoa transsexual, na realidade eles vão te chamar no feminino daí acaba as vezes te chamando no masculino e daí pede desculpa, e daí as vezes tá chamando de M1 e daí ve o outro nome e te chama pelo outro nome, sabe? Essa falta de preparo assim.

M5: Eu acredito que [a maior dificuldade] é a questão da identidade. Do profissional não ter essa sensibilidade, de não ter essa percepção, de saber, de ver que é uma pessoa diferente, que tem que ter um tratamento diferente, né? Então, porque, querendo ou não, os postos, as unidades básicas é a porta de entrada, né... Então, se na entrada já não são bem atendidas, já não são bem acolhidas, então com certeza pra frente não vai ter.

M6: Porque gênero é uma coisa que ninguém sabe muito, até acontecer com alguém próximo, sabe? É algo que ninguém pesquisa, é algo que ninguém estressa, é algo que ninguém entende. As pessoas não entendem o que é ser trans.

M9: O conhecimento né...a pessoa quando não tem o conhecimento, tipo, todo mundo conhece, sabe o que que um senhor de idade precisa, que é um preferencial. Que uma mulher grávida precisa ser um preferencial também...mas quando é uma pessoa trans, eu acho que alguns tem meio constrangimento né?

Ainda na discussão sobre a imperícia, aparece em uma das falas a percepção de que a falta de habilidade no trato também tem relação direta com a falta de prática da empatia na interação profissional e usuário. Não é apenas a falta de conhecimento que é percebida como fator determinante na resposta negativa ao acesso, mas a falta de sensibilidade a da possibilidade de uma relação de transferência entre esses dois sujeitos, como mostra a fala a seguir.

Outra fala faz alusão à questão da pesquisa científica na área da saúde com relação ao debate de gênero e de transgeneridade, enquanto temática não priorizada na construção de pesquisas científicas da área médica.

A partir dessas falas podemos deduzir ainda, que os sujeitos entrevistados percebem como essa falta de habilidade provoca reações subjetivas que levam as pessoas trans a abrir mão do atendimento, por não depositar a confiança de ter suas demandas atendidas naquele espaço. De forma indireta, os próprios concluem que isso é uma situação de falta de equidade, segundo os princípios constituintes do SUS. Quando se diz que o profissional não tem a percepção de que pessoas trans demandam tratamento diversificado. Essa limitação aparece de forma clara em uma das falas.

H2: Na verdade, acho que a maior dificuldade é as pessoas não entenderem que você precisa de um atendimento específico.

Uma figura de análise importante que aparece durante a pesquisa é a falta de habilidade técnica relacionados à corpos trans submetidos à terapias redesignadoras como a hormonioterapia e cirurgias de readequação corporal, como podemos observar nas falas a seguir.

M1: E a falta de conhecimento em algumas coisas também. Eu tenho silicone industrial no corpo e uma vez ele inflamou e o médico, é...não tava entendendo o que tava acontecendo, assim...sabe? Ele fez um ultrassom e falava assim: 'ai tem uma névoa aqui no ultrassom, não dá pra identificar o que é e eu não sei o que que é', e eu falei: 'doutor, é o silicone industrial, por isso que cê não ta conseguindo identificar, né? Por isso que aparece essa névoa aí que cê não ta entendendo'. Então eu senti um pouco de despreparo assim [...]

H1: Daí sendo bem específico, quando eu tenho que lidar com questões ginecológicas, né? Que vai de novo em tipo...tipo, meu, existem homens com buceta. As pessoas tem que entender isso, assim...e tipo, e uma pessoa ginecologista é a pessoa que eu tenho que ir com questões relacionadas à minha genital, então...só que como que eu vou lá sendo que ela talvez vai me tratar como uma mulher cis, como uma mulher hetero...toda essa questão de novo, tipo "será que essa pessoa vai ter sensibilidade?

Segundo essa percepção, para além da habilidade comunicativa, falta habilidade técnica sobre questões fisiológicas acerca de corpos transsexualizados, que mostra-se como mais um peso subjetivo à negação de procura à APS, bem como a outros níveis de atendimento do SUS. Torna-se necessário discutir então, se mesmo com o advento de política específica do Ministério da Saúde para pessoas trans centralização do cuidado na APS encontra recursos objetivos e subjetivos adequados para que essa prática possa ser desenvolvida da melhor maneira possível.

Podemos ainda retomar a necessidade de se pensar na formulação do saber em saúde, agora sob o aspecto da priorização da demanda dos conhecimentos acerca da transsexualidade dentro dos espaços de formação. Pelo que indica os entrevistados, que não entram necessariamente no debate de patologização, hoje o profissional de saúde de modo geral, não possui conhecimentos específicos escassos, mesmo quando se trata de questões técnicas. Ainda que estejamos falando sobre o conhecimento construído através da concepção reducionista de gênero, mesmo esse é negligenciado no momento da relação profissional usuário.

O tema da patologização e da concepção biologicista de gênero também se apresentou de forma direta na percepção de dois dos sujeitos entrevistados. Ambos os sujeitos trazem em suas falas, a percepção de que diante do processo de atendimento é possível notar o tratamento da transgeneridade como uma quebra da normalidade.

H1: E ainda a mentalidade de uma medicina conservadora muito forte ainda e estigmas biológicos muito fortes ainda, pessoalta apegado em coisas difíceis, assim que tá, ta matando a gente, né?

M6: Para muita gente só existe homem e mulher. Daí qualquer coisa [além] disso é anormal.

Diante dessas colocações, somos colocados a refletir como a prática em saúde baseada em um modelo normativo, que classifica as identidades e as vivências de gênero enquanto doenças pode ter impacto no desenvolvimento da relação entre as pessoas trans e serviço de APS. Como é possível esperar uma relação de isonomia entre sujeito e profissional, quando uma das partes é vetor de uma concepção que limita vivências exclusivamente subjetivas a determinados critérios diagnósticos? Não podemos atribuir à APS exclusivamente a responsabilidade pelo desenvolvimento e reprodução da ideia de patologização, porém precisamos refletir se não é esse o espaço estratégico para redimensionar o debate de transgeneridade e saúde.

Se seguirmos a concepção de gênero enquanto significado cultural(5), podemos romper com a prerrogativa de transgeneridade enquanto doença e passar a abordar pessoas trans enquanto indivíduos tão saudáveis quanto qualquer outro, sem desconsiderar, no entanto os processos de discriminação e violência, geradores de sofrimento físico e psicossocial, aos quais estão submetidos.

Borba(16) trás em sua dissertação a crítica da classificação nosológica da transsexualidade como forma de restringir discursos e expressões de gênero e como essa lógica distorceu o perfil do atendimento de saúde integral nos Centros de Referência para Processo Transsexualizador no SUS, de forma que para se adequar ao modelo de classificação psiquiátrica da transsexualidade, e manter sua aptidão ao processo transsexualizador, pessoas trans são forçadas a mudar suas narrativas de desenvolvimento das identidades. Dessa forma, o poder médico de patologizar essas identidades, coloca um novo obstáculo para o olhar integral de sujeitos transgênero, que é o conhecimento mais fidedigno de suas trajetórias e seus contextos históricos, na medida que existe uma espécie de negação de qualquer expressão de gênero que fuja aos critérios diagnósticos pré estabelecidos.

Portanto se o olhar patologizante nos impede de realizar essa abordagem de forma global, torna-se ele mesmo um fator impeditivo do acesso à atenção integral e, portanto uma categoria a ser desconstruída no saber em saúde.

Por fim, uma das últimas categorias a ser analisadas, conforme o andamento das entrevistas foi a percepção dos sujeitos entrevistados quanto ao serviço de atenção primária para pessoas trans oferecido pelo AAPST. Uma das características mais marcantes trazidas pelos entrevistados foi a percepção de que esse serviço está associado com a ideia de segurança e proteção quanto a violência e discriminação institucional, e ainda apresenta-se como única forma de atendimento buscada pela maioria dos sujeitos da pesquisa, como mostram algumas falas.

H2: Faz toda diferença...me dá acesso. Se você tem esse ambulatório você tem alguma coisa, se você não tem, você tá sozinho

H3: Na verdade eu venho pra tudo [...] procurar um serviço seguro, pra ser atendido

H4: É um espaço que eu procurei por ser mais seguro, digamos assim, sabe. Que eu sei que eu não vou ser desrespeitado e que eu sei que vai ta preparado pra atender todas as necessidade que a população trans possa vir procurar.

Cabe analisar o que é possível inferir a respeito da concepção de segurança que os sujeitos apresentam como fundamental na recepção positiva do serviço do AAPST. É possível notar que ainda que tal segurança não está apenas relacionada com o potencial de violência institucional, mas com a avaliação subjetiva dos sujeitos de que as habilidades em saúde das pessoas trans são coerentes com as demandas apresentadas, como podemos ver na seguinte colocação.

M3: Eu vim pra me hormonizar corretamente. Pra ter um corpo bom. Um corpo bonito, um rosto bonito. Corretamente, sabe? Os hormonios vão ajudar. E se eu usar muito corretamente, vai ser melhor, né?"

Houve também críticas quanto às demandas que vão para além dos recursos do serviço, levando em consideração que a equipe desse serviço carece de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e que não há ainda no Estado de Santa Catarina um serviço de cirurgia cadastrado pelo Ministério da Saúde como unidade de redesignação, como regulamenta o Processo Transsexualizador no SUS, uma das participantes trás a dificuldade de se ter acesso a essas demandas pelo AAPST.

M1: Então, é...eu vim hoje buscar um psicólogo, daí eu já não tive esse tipo de atendimento aqui. Parece que vão me direcionar pra um posto de saúde ou pra ADEH. Mas se eu tivesse um atendimento né, que eu necessitasse de psicólogo aqui dentro, eu ia me sentir mais confortável por conta de todo o resto que eu já senti que é bom. Então se eu tivesse um psicólogo aqui, né, e de repente algum tratamento, algum é...como é que fala? Algum encaminhamento pra cirurgias [...]

Outra característica importante analisada em algumas falas foi a percepção do AAPST enquanto serviço de atenção integral e não focal.

M1: E o diferencial daqui é que é médicos de família, né? Médico da Família, e em São Paulo não, então o atendimento é muito mais é...humanizado e personalizado, assim, digamos...lá em São Paulo não era assim. Eram médicos específicos: endocrinologista, né? Aqui não, né? É todo mundo num só. É todos médicos num só, praticamente.

Podemos observar nessa fala que existe a percepção da necessidade de uma abordagem generalista pelas próprias pessoas entrevistadas, e há o entendimento de que a atenção focal e especializada, apesar de carregar importância nos processos de atendimento, mostra-se como insuficiente para a complexidade das demandas em saúde dessa população.

4. Considerações Finais

É preciso reconhecer que a circunscrição do campo de pesquisa à cidade de Florianópolis limita a possibilidade de realizar uma avaliação a nível nacional sobre a inequidade do acesso de pessoas trans na APS do SUS, forçando a pesquisa a sugerir a generalização dos resultados apresentados ao contexto nacional.

Ressalta-se ainda, que é escassa a bibliografia acerca do tema da transgeneridade e suas perspectivas na APS, sendo a maior parte dos textos presentes em base de dados em saúde relacionadas ao atendimento de forma geral no SUS ou especificamente nos Centros de Referência para Processo Transsexualizador.

Podemos concluir a partir dos problemas e resultados levantados, que a inequidade no acesso de pessoas trans tem sua origem tanto em contextos anteriores à procura da porta de entrada do serviço quanto à situações inerentes à essa procura.

Do ponto de vista das situações vividas no serviço, o que se apresenta como problemática central é dificuldade de desconstruir a discriminação e forçar o reconhecimento da identidade de gênero por parte de todos os profissionais na cadeia de atendimento da APS, parece ter sido um dos pontos centrais de limitação do acesso.

Ainda que de maneira indireta, essa prática é colocada como determinante no reforço negativo a procura do serviço, mesmo em situações de agravo. Essa perspectiva é evidenciada especialmente na questão do uso do Nome Social, fazendo com que se pensem em uma nova concepção jurídica no Estado Civil de Direitos que garantam o direito a livre identidade e obrigue, do ponto de vista jurídico, o respeito à identidade trans no âmbito do SUS.

Com relação às problemáticas anteriores ao processo de atendimento, podemos identificar como central na discussão, a disputa das concepções de gênero no pensamento em saúde. O silogismo causal de gênero enquanto continuidade do sexo biológico ainda permeia a formulação de uma ciência que coloca a transgeneridade como transgressão de uma norma naturalmente concebida, e, portanto ordena a reflexão em saúde acerca do tema de maneira patologizante, submetendo corpos trans a processos de classificação nosológicos. O efeito desse pensamento é a produção de conhecimento e formulação de protocolos de atendimento centralizados na atenção focal da psiquiatria e psicologia, tendo como acessório outros eixos especializados como a endocrinologia e a cirurgia.

Com efeito, esse processo retira da APS, reforçado por uma política nacional centralizadora, a responsabilidade pelo cuidado de pessoas trans. Podemos concluir que é nesse ponto que se encontra a reflexão acerca da imperícia. Essa falta de habilidade relatada pelos sujeitos da pesquisa, para lidar tanto com o contexto de vulnerabilidade social quanto com as demandas clínicas específicas de pessoas trans, parece estar relacionada com o fato de não haver, desde a formação em saúde, a percepção dessa demanda como uma demanda universal em saúde.

Essa constatação é reforçada ao observarmos a experiência de um serviço, como o do AAPST, que, articulado como serviço de atenção primária e que parte do pressuposto da construção de gênero enquanto marca cultural, assume para si a responsabilidade pelo cuidado

das pessoas trans. As respostas positivas a essa experiência mostram que a quebra desses paradigmas, abrem caminhos possíveis para proporcionar acesso mais equânime e causar impacto significativo nos indicadores sociais e de saúde de pessoas trans.

A disputa de uma nova forma de se pensar a categoria gênero na saúde parece ser o nexos que une a ideia de reformulação da política de saúde integral para pessoas trans e a garantia do acesso equânime ao direito universal da saúde como parte constituinte dos direitos humanos e prática da cidadania. Portanto, diante desse cenário que se apresenta a Atenção Primária a Saúde parece ser o espaço estratégico onde podemos travar esse embate político, na perspectiva de quebrar o paradigma de uma sociedade que oprime, subjuga e extermina corpos, identidades e expressões das pessoas trans.

5. Referências Bibliográficas

1. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. 2008. 2008;17(2).
2. Rodriguez AMM. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC 2014.
3. Mello L, Avelar RBd, Maroja D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado*. 2012;27:289-312.
4. Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos Pagu*. 2012:403-29.
5. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade: Editora Record; 2003.
6. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
7. Cavalcante AS. Transgenitalização–saberes e poderes envolvidos na política de saúde do SUS. 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia; São Paulo: Sociedade Brasileira de História da Ciência; 2012.
8. Brasil. Portaria 1707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transsexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 159 ed. DF: Brasília. : Diário Oficial da União; 2008. p. 43.
9. Brasil. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. DF: Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Brasil. PORTARIA Nº 2.803/GM de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). 225 ed. DF: Brasília. : Diário Oficial da União; 2013.
11. Balzer C, Hutta JS, Adrián T, Hyndal P, Stryker S. TRANSRESPECT VERSUS TRANSPHOBIA WORLDWIDE – A Comparative Review of the Human-rights Situation of Gender-variant/Trans People. 2012.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. DF: Brasília Senado Federal; 1988.
13. Brasil. Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 61 ed. DF: Brasília. 2006. p. 71-6.
14. Campos TL, Aragón M. Ambulatório de Medicina de Família e Comunidade (MFC) para Travestis e Transexuais em Florianópolis/SC – Relato de Experiência. 2016.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006..
16. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*. 2014(17):66-97.

Artigo Recebido: 20.06.2016

Aprovado para publicação: 25.09.2016

Douglas Francisco Kovaleski

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Campus Universitário – Trindade - Florianópolis – SC - CEP: 88040-970

Telefone: (48) 3721-9388

Email: douglas.kovaleski@gmail.com
