



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA/INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BARBARA BRITTO OLIVEIRA

**PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS BARREIRAS DE
ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM TRÊS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2024

BARBARA BRITTO OLIVEIRA

**PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS BARREIRAS DE
ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM TRÊS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientador principal: Prof. Me. Alexandre Oliveira Telles

Orientadora secundária: Profa Dra. Marcele Bocater Paulo de Paiva

Rio de Janeiro

2024

Dedico este trabalho a todos aqueles que lutam pelos direitos sociais, pela saúde pública de qualidade e pelo fortalecimento do SUS.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é fruto de muito trabalho, paciência e apoio de pessoas queridas que me rodeiam. Quero e devo agradecer a todos que estiveram ao meu lado durante esse percurso, árduo, cansativo e trabalhoso, mas que foi caminhado com amor, cuidado, determinação e paciência.

À minha mãe, que me apoia e incentiva na vida profissional e acadêmica e está ao meu lado vibrando e me acompanhando a cada passo. Sua trajetória na Saúde Pública foi um exemplo durante toda minha vida, de onde veio o encanto e a admiração por essa área, agradeço a inspiração!

Ao meu pai (*in memoriam*), que comemorou o fim da minha graduação e, infelizmente, não pudemos compartilhar os próximos passos juntos, mas que, sem dúvidas, estaria vibrando por mais essa etapa. Aprendi muito sobre o cuidado com o paciente e o amor pela medicina. Sinto sua presença constante e sei que estamos juntos!

À minha companheira Laura por toda paciência que há neste mundo, apoio, carinho, cuidado. Por ter sempre priorizado meus estudos, ter me dado força para continuar e me incentivado nos dias difíceis. Agradeço por estarmos juntas e estarmos construindo esse lindo caminho juntas, com tanto amor!

À minha família, pela presença e atenção, por estarem juntos comigo nos momentos mais felizes e importantes da minha vida.

Aos meus sogros, pela compreensão e incentivos para conseguir finalizar essa etapa.

À Lala, amiga de toda a vida e que foi essencial nesse momento. Você foi luz em diversos momentos em que não sabia como seguir. Seu exemplo na vida acadêmica me inspira e admiro muito a pessoa e profissional que é!

Às minhas amigas queridas, de infância, de Juiz de Fora, e da faculdade, do Rio de Janeiro. Viver rodeada pelo amor de vocês me dá forças e esperança para seguir. Vocês me trazem leveza, alegria e enchem meu coração de amor. Agradeço ser rodeada de mulheres tão potentes e inspiradoras!

Aos meus orientadores, Alexandre e Marcele. O caminho não foi fácil, mas a ajuda de vocês o tornou menos sinuoso. Agradeço por terem compartilhado seus conhecimentos comigo, pela ajuda nos momentos de desalento e por me apoiarem durante esse processo.

A todos os mestres e professores que me inspiraram até aqui, em especial aos meus queridos preceptores das residências que passei e me mostraram a beleza da medicina de família e comunidade. Com vocês aprendi sobre cuidar, ouvir e acolher de uma maneira tão especial, que mudou minha vida. Agradeço, em particular, àqueles que me apoiaram e serviram de inspiração no campo acadêmico, sem o incentivo de vocês certamente não estaria aqui!

A todos os trabalhadores do SUS que tive o prazer de compartilhar o árduo trabalho do dia a dia, vocês são a força motriz desse sistema que tanto nos orgulha. Agradeço por todos os ensinamentos que foram compartilhados, pelas alegrias em meio ao cansaço cotidiano e pela coragem de seguir em frente. Minha admiração é infinita por continuarem na luta!

“Então, o que um corpo deve fazer? Ele deve lutar pela Terra. Ele deve lutar pelo seu direito de respirar, de andar na rua sem violência. E o que pode um corpo? Um corpo pode se juntar a outros corpos, para combater a injustiça, o racismo e a violência institucional, incluindo aí o legado genocida do colonialismo” (Judith Butler, 2022).

RESUMO

Pessoas transgêneras e travestis compõem uma minoria e se organizam enquanto movimento social desde, pelo menos, 1970. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (PNSILGBT), do Ministério da Saúde, de 2011, reconhece a discriminação e a exclusão social vivenciadas por esta população como determinantes sociais em saúde. Barreiras de acesso afastam estes usuários dos cuidados em saúde e relacionam-se à violência institucional, impactando ainda mais na marginalização e vulnerabilização de transexuais e travestis. O presente estudo tem como objetivo compreender as percepções de médicos e enfermeiros sobre as barreiras de acesso à saúde vivenciadas por pessoas trans e travestis em três unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, tipo descritivo-exploratória, em que foram realizadas 18 entrevistas semiestruturadas, interrompidas após a saturação das informações obtidas. A análise dos dados ocorreu segundo Bardin. A partir da coleta de dados em campo, foi possível identificar a unanimidade na percepção sobre o baixo acesso de usuários trans e travestis nos serviços de saúde, assim como necessidade de capacitação profissional de toda a equipe nesta área de conhecimento. Entende-se como desafios à melhoria do acesso à saúde por essa população a baixa qualificação técnica, com destaque para a ausência dessa temática nos currículos das graduações, sistemas eletrônicos inflexíveis e o desconhecimento da PNSILGBT por parte dos trabalhadores da saúde. Como estratégias que podem auxiliar na ampliação do acesso tem-se a promoção de atividades coletivas nas unidades, treinamento multiprofissional, implementação de boas práticas de cuidado voltado a pessoas trans e travestis e fortalecimento da APS. É urgente refletir sobre a ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e como isso impacta no processo de vigilância dessa população, além da integração dos currículos de educação básica e superior a fim de formar indivíduos implicados com questões sociais. Espera-se que a pesquisa possa auxiliar no entendimento e na identificação das barreiras de acesso à saúde da população transgênera e travesti, auxiliando, potencialmente, no processo de minimização da violência institucional e das desigualdades em saúde.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde, Pessoas Transgênero, Capacitação Profissional.

ABSTRACT

People who are transgender and travestite constitute a minority and organize themselves as a social movement since at least 1970. The National Policy for Comprehensive Health Care for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transsexuals, and Travestites (PNSILGBT), created by the Ministry of Health and released in 2011, acknowledges the discrimination and social exclusion experienced by this population as social determinants affecting health. There are access barriers that distance these users from healthcare services, associated with institutional violence, further impacting the processes of marginalization and vulnerability of transsexuals and travestites. This present study aims to understand the perceptions of doctors and nurses regarding the access barriers to healthcare experienced by the transgender and travestite population in three Primary Health Care units (APS) in the city of Rio de Janeiro. It is a qualitative, descriptive-exploratory research, consisting of 18 semi-structured interviews which were stopped after data saturation. Data analysis followed the Bardin method. Through field data collection, it was possible to identify a unanimous perception about the low access to healthcare services by transgender and travestite users, as well as the need for professional training for the entire team in this area of expertise. Challenges to improving healthcare access for this population include low technical qualification, notably the absence of this topic in academic curricula, inflexible electronic systems, and the lack of knowledge about PNSILGBT among healthcare workers. Strategies that may help expand access include promoting collective activities in the units, multiprofessional training, implementing best practices for caring for transgender and travestite individuals, and strengthening APS. It is urgent to reflect on the lack of indicators for transgender and travestite care and how it impacts the surveillance process of this population, in addition to integrating elementary and higher education curricula to educate individuals about social issues. The hope is that this research could aid in understanding and identifying the access barriers to healthcare faced by the transgender and travestite population, potentially assisting in minimizing institutional violence and health inequalities.

Keywords: Primary Health Care, Barriers to Access of Health Services, Transgender Persons e Professional Training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de <i>Dahlgren</i> e <i>Whitehead</i> para a determinação social em saúde.....	24
Figura 2 - Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas.....	35
Figura 3 - Território da CAP 3.3 com foco para as unidades de saúde da família campo de pesquisa deste trabalho.....	38
Quadro 1 - Perfil dos entrevistados conforme código, idade, categoria profissional, vínculo empregatício, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual e religião ou religiosidade.....	46
Quadro 2 - Organização das categorias de análise e suas respectivas subcategorias.....	47
Quadro 3 - Unidades de registro e frequência de ocorrência em cada subcategoria.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil
AP	Áreas de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação
CAPs	Coordenações de Área Programática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Cartão Nacional do SUS
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CPF	Cadastro de Pessoa Física
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LGBTQIAPN+	Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, travestis, queer, intersexo, assexuais, pansexuais e não-binários
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis

PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PrTr	Processo Transexualizador
RJ	Rio de Janeiro
PTT	Produto Técnico Tecnológico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UR	Unidade de registro

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	APRESENTAÇÃO.....	15
1.2	PROBLEMÁTICA.....	17
1.2.1	Conceituação e patologização da transexualidade.....	17
1.2.2	Linha do tempo do acesso à saúde pela população trans e travesti...21	
1.2.3	As barreiras de acesso da população trans e travesti e as repercussões em saúde.....	25
1.3	OBJETO DE ESTUDO.....	31
1.4	PERGUNTAS NORTEADORAS.....	31
1.5	OBJETIVOS.....	31
1.5.1	Objetivo geral.....	31
1.5.2	Objetivos específicos.....	31
1.6	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	32
1.7	CONTRIBUIÇÕES E APLICABILIDADE DO PROJETO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	32
2.	METODOLOGIA.....	34
2.1	NATUREZA DA PESQUISA.....	34
2.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	35
2.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	39
2.4	TÉCNICA E ETAPA DE COLETA DE DADOS.....	39
2.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	41
2.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	43
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
3.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS....	45
3.2	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	46
3.2.1	Eixo 1: Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde.....	48
3.2.1.1	Percepções sobre o acesso e as barreiras de acesso à saúde de pessoas trans e travestis.....	48
3.2.1.2	Estratégias gerais para redução das barreiras de acesso à saúde de pessoas trans e travestis.....	53
3.2.2	Eixo 2: Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT.....	55

3.2.2.1	A qualidade dos registros eletrônicos e o impacto no cuidado em saúde da população trans e travesti.....	55
3.2.2.2	Cuidados afirmativos de gênero como ferramenta para mitigar a violência institucional.....	58
3.2.3	Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde como foco na população LGBT.....	65
3.2.3.1	A capacitação técnica profissional para viabilizar a aproximação de usuários trans e travestis à saúde.....	65
3.2.3.2	A PNSILGBT na prática profissional.....	71
3.2.4	Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.....	73
3.2.4.1	O papel da APS no cuidado trans e travesti.....	74
3.2.4.2	A ausência de indicador transespecífico e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população.....	80
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	REFERÊNCIAS.....	88
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	100
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido....	103
	APÊNDICE C - Cronograma.....	105
	APÊNDICE D - Orçamento.....	106
	ANEXO A - Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ.....	107
	ANEXO B: Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS RJ.....	111
	ANEXO C: Termo de anuência institucional da Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correa.....	119
	ANEXO D: Termo de anuência institucional da Clínica da Família Mestre Molequinho do Imperio.....	120
	ANEXO E: Termo de anuência institucional do Centro Municipal de Saúde Carlos Cruz Lima.....	121
	ANEXO F: Termo de anuência institucional Coordenação de Área de Planejamento 3.3.....	122

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

A aproximação com o tema de estudo se inicia a partir da minha própria identificação, enquanto uma mulher branca, cis e bissexual, com uma trajetória de descobertas e de auto conhecimento que me trouxe, junto à prática profissional, ao desejo de me dedicar à pesquisa da saúde de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, travestis, queer, intersexo, assexuais, pansexuais e não-binários (LGBTQIAPN+). Neste texto, será utilizada esta sigla, considerando ser uma das mais atualizadas e inclusivas, englobando demais orientações sexuais e vivências de variabilidade de gênero existentes através do sinal “+”.

Realizei minha graduação de medicina na cidade do Rio de Janeiro (RJ) e, durante o curso, o contato com este assunto se deu apenas em aulas voltadas ao estudo e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), em uma perspectiva patologizadora e excludente em relação à integralidade do cuidado do indivíduo LGBTQIAPN+. As discussões sobre diversidade sexual e de gênero se davam somente em ambientes desenvolvidos e organizados pelos graduandos, como as ligas acadêmicas, que preenchem vazios curriculares da graduação de medicina ao se configurarem como iniciativas discentes para aprofundamento de discussões sobre temas específicos. Desse modo, concluo facilmente que o ensino médico que recebi durante os anos de faculdade referiu-se a corpos cis com práticas heterossexuais, excluindo todas as outras possibilidades de ser e de viver.

Somente no estágio de Saúde da Família, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), que se deu apenas no último período da graduação presenciei a assistência à população LGBTQIAPN+ de maneira cuidadosa, holística e despatologizante. Por este e diversos outros motivos, segui minha carreira profissional decidindo-me pela residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC), que me permitiu estar, por dois anos, em uma das mais conhecidas comunidades do município, a Rocinha, na Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, através do Programa de Residência de MFC da Secretaria Municipal de Saúde do RJ (PRMFC SMS RJ). Neste período, acompanhei usuárias transfemininas em suas múltiplas necessidades e demandas em saúde, sendo a hormonização como um processo de reafirmação de gênero apenas uma delas.

Oportunamente, durante o período de um mês de estágio externo, estive em Florianópolis, Santa Catarina, onde pude acompanhar o serviço do Ambulatório Trans, um espaço estruturado pelo PRMFC municipal, voltado ao atendimento integral da população trans, a fim de capacitar os residentes e demais profissionais da APS. Finalizando a residência, debruicei-me no estudo da saúde LGBTQIAPN+ como tema do trabalho de conclusão de curso (TCC), iniciando, portanto, o interesse acadêmico pelo assunto.

Dando continuidade à trajetória profissional, estive lotada na Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correa, em Vila Kosmos, na zona norte do município do RJ, durante um ano adicional de residência em Administração em Saúde, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Ali, aprofundi meus conhecimentos em gestão em saúde e preceptoria, além de ter tido intenso contato com ferramentas de abordagem comunitária e familiar. Vivenciei a oportunidade de colaborar com a criação e o desenvolvimento de um grupo em saúde voltado à população LGBTQIAPN+, que se traduziu em um espaço de identificação comunitária, acolhimento e troca de saberes entre os usuários participantes. A produção científica seguiu com o TCC que relatou a experiência do “Grupo LGBTQIA+”, assim denominado naquela unidade de saúde.

Posteriormente, estive na assistência como médica de equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na APS do RJ, na Clínica da Família Mestre Molequinho do Império, no bairro de Madureira, também localizado na zona norte, com o território específico da equipe da qual fiz parte englobando a comunidade da Serrinha. Deparei-me diariamente com situações discriminatórias que afastam usuários LGBTQIAPN+ da rede e dos cuidados em saúde. Percebi lacunas na qualificação e poucos espaços de capacitação voltados a este tema para profissionais de saúde, de diversas categorias, sobretudo em relação ao acolhimento de suas demandas em saúde, refletindo na ausência de corpos LGBTQIAPN+ no cotidiano do serviço.

Desejo seguir estudando essa temática que me provoca e estimula, a fim de gerar mudanças no processo de trabalho no microambiente, incentivando e propondo discussões sobre o acesso à saúde de maneira equânime e livre de preconceitos. Intencionalmente, a trajetória de atuação profissional e acadêmica pretende repercutir na melhoria da qualidade do serviço da APS no município do RJ

e, eventualmente, na redução de iniquidades em saúde e na garantia do direito ao acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 PROBLEMÁTICA

1.2.1 CONCEITUAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), a sexualidade é entendida como um aspecto central do ser humano ao longo de sua vida, abrangendo sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, prazer, erotismo, reprodução e podendo ser experimentada e expressa de diversas maneiras, como em pensamentos, desejos, atitudes, comportamentos e práticas. É, também, influenciada por inúmeros fatores, como biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos e religiosos. Ademais, a OMS conceitua saúde sexual não apenas como um estado de ausência de doença ou de disfunção, mas como a oportunidade de vivenciar experiências sexuais seguras e prazerosas, livres de discriminações, constrangimentos e violência, sendo necessário respeito e proteção dos direitos sexuais individuais para que seja alcançada e preservada.

Quando se fala em sexo biológico, consideram-se como critérios os cromossomos, os hormônios, a genitália e os caracteres sexuais secundários que definem o sexo masculino, feminino ou intersexo. Assim, usualmente a genitália define o sexo biológico e, este, o gênero do indivíduo. Intersexo é a expressão que se refere àquelas pessoas que nascem com uma anatomia sexual e/ou reprodutiva que não condiz ao padrão binário de sexo masculino ou feminino, envolvendo atipias genitais e variações cromossômicas sexuais (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021).

Já o conceito de gênero excede questões anatômicas e experiências individuais, pois associa-se com o controle dos corpos e das identidades, caracterizando-se como uma estrutura social que organiza relações; divisão de trabalho, de riquezas e de propriedades; educação; saúde. É esperado que cada gênero cumpra com seu papel social, isto é, que atenda às expectativas associadas a comportamentos, atitudes, ocupação de espaços e funções atribuídas à masculinidade e à feminilidade. Na sociedade machista, os homens são encorajados a vivenciar livremente a sexualidade, enquanto que as mulheres são

proibidas de experienciá-la. O machismo foi, portanto, construído socialmente e, por isso, pode ser modificado (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021).

Nesse sentido, a expressão de gênero diz respeito à maneira como o indivíduo se manifesta e se apresenta no contexto em que vive, referindo-se à aparência física, à fala e aos comportamentos, segundo os padrões de gênero existentes, que podem ser mutáveis de acordo com costumes e questões históricas. A identidade de gênero relaciona-se à experiência individual de gênero, podendo ser correspondente ou não ao sexo atribuído no nascimento, levando à pessoa a se reconhecer como homem, mulher ou algo fora do padrão binário hegemônico. Cisgênero é aquele indivíduo que se identifica com o gênero designado no nascimento, enquanto que transexual é aquele que não se identifica, em qualquer grau, com o gênero e as projeções sociais que são impostas a partir da identificação da genitália ao nascer. Pessoas não binárias incluem aquelas que podem se reconhecer parcial ou totalmente com um ou mais gêneros, fluir entre gêneros, rejeitar qualquer gênero e, ainda, se identificar como dentro do espectro neutro, como o *queer* (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021; Princípios de Yogyakarta, 2007; SMS SP, 2023).

O termo travesti refere-se à uma identidade de gênero que, inicialmente, era utilizada para diferenciar pessoas que não desejam cirurgias de redesignação genital daquelas que desejavam, as quais erroneamente eram consideradas “transexuais verdadeiras”. Sabe-se que não é preciso haver qualquer mudança corporal para que seja validada a identidade de gênero do indivíduo ou a forma com a qual pretende-se ser reconhecido socialmente. Assim, considerando-se questões de resistência e de ressignificação histórica, algumas pessoas transfemininas se posicionam politicamente como travesti ao se identificarem como mulheres transexuais. A palavra travesti não tem correspondência de seu significado brasileiro em línguas estrangeiras e trata-se, portanto, de uma construção subjetiva, coletiva e histórica incorporada pelo movimento social, academia e pesquisadores (SMS SP, 2023).

No Brasil, a expressão “transgênero” é questionada pelo movimento social por invisibilizar a identidade travesti, que se refere a pessoas transfemininas, sendo o termo adotado para afirmação desta identidade intencionando a desconstrução de seu estigma. Alguns termos e expressões utilizadas nacional e internacionalmente, como “afirmação” e “incongruência de gênero” também são criticados pelos

movimentos sociais brasileiros, na medida em que se entende, respectivamente, que o processo de estabelecimento da identidade não se dá apenas quando ocorrem mudanças corporais e, na realidade, não se trata de incongruência, mas de não identificação com o gênero designado ao nascimento (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021).

O sexo é, portanto, compreendido como um elemento biológico, enquanto que o gênero é construído a partir das relações sociais, especialmente as de poder. É, portanto, a maneira que é esperada, socialmente, que o indivíduo se comporte a partir de seu sexo biológico, tendo sido sempre designado, no decorrer do tempo, pelo outro (médico, família) e seguindo a norma: sexo masculino é homem e sexo feminino, mulher. Essa associação entre gênero e estruturas anatômicas, como a genitália, deve ser compreendida como um padrão normativo social, o binarismo dos gêneros, em que a presença do pênis estabelece que o indivíduo é homem e espera-se dele comportamentos definidos como “masculinos”, assim como a vagina define a mulher, tendo sua vida social regulamentada pela “feminilidade” (Nogueira, 2020).

Por fim, orientação sexual refere-se à atração (ou não) física, afetiva ou sexual experimentada pelo indivíduo, podendo ser por pessoas de gênero diferentes (heterossexual), semelhantes (homossexual), mais de um gênero (bissexual) ou independente deste, sendo a atração direcionada a pessoas (pansexual). Há, ainda, aqueles que se encontram dentro de um espectro de sentirem pouco ou nenhum desejo por outras pessoas (assexual) (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021; Princípios de Yogyakarta, 2007).

A perspectiva de que o sexo é natural e o gênero, sociocultural é refutada pela filósofa estadunidense Judith Butler (2022), na medida em que questiona essa distinção ao argumentar que ambos são construídos socialmente. Ela defende que o mesmo discurso que define o que é cultura, é aquele que estabelece o que é natural, sendo portanto, a natureza também uma construção social. Assim, o corpo é “montado” por práticas sociais e de poder, moldando a identidade de acordo com os códigos vigentes e, dessa maneira, permite-se uma visão mais fluida e variável da identidade de gênero.

Butler traz a proposta de encarar o gênero como algo performativo, ou seja, não há um sujeito que preexista ao seu comportamento: primeiro, ele se comporta e, depois, vai se tornando algo, contrariando a ideia da natureza (sexo biológico)

como primária e o gênero como secundário a esta. A performance de gênero envolve, portanto, a repetição e a encenação de normas e comportamentos socialmente construídos, o que cria uma ilusão de uma identidade estável e coerente que é, na realidade, circunstancial e fluida (Butler, 2022).

Quando se trata da patologização de identidades de gênero incompatíveis às expectativas sociais, remonta-se à década de 1950, momento em que se iniciou o interesse médico pela transição de gênero. Então, a partir deste momento, o indivíduo transexual passou a ser considerado “paciente” e sua identidade de gênero, patologizada. Em 1975, houve a introdução do “transexualismo” na 9ª versão do Código Internacional de Doenças (CID), tendo sido alterado para “Transtorno de Identidade de Gênero” na versão seguinte, ainda constando como uma condição de saúde mental. Na última atualização da CID, a 11ª versão, publicada em 2022, a transgeneridade passou a ser compreendida como uma incongruência de gênero e se encontra no capítulo de “Condições relacionadas à saúde sexual”. Isso representou um progresso no sentido da “despsicopatologização” da identidade transexual, passando a ser compreendida como uma “desordem sexual” (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021; Joseph *et al.*, 2017; Vries; Kathard; Müller, 2020).

Por outro lado, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª versão (DSM-5), traz o termo “disforia de gênero” ao descrever condições em que a não conformidade de gênero causa sofrimento (Joseph *et al.*, 2017). Contudo, pessoas transexuais e travestis não necessariamente vivenciam disforia, além de a expressão ser considerada patologizadora, na medida em que nomeia um sofrimento específico experienciado por estes indivíduos (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021).

Organizar e compreender conceitos e definições sobre a sexualidade humana auxilia na desconstrução da cisheteronormatividade, a estrutura social que impõe um padrão binário, cisgênero e heterossexual (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021). A heteronormatividade determina a heterossexualidade como a única orientação sexual legítima e, por isso, padrão e compulsória à sociedade (SBMFC, 2020). Segundo Butler (2022), a heteronormatividade também é uma construção social que perpetua a heterossexualidade como única forma válida de orientação sexual e impõe padrões rígidos de comportamento de gênero. Conseqüentemente, é uma forma de poder que regula e controla as identidades de gênero e a

sexualidade, reforçando hierarquias e exclusões baseadas em normas socioculturais.

Ao encarar o gênero como algo performático, Butler defende a importância de reconhecer e respeitar a auto identificação de gênero das pessoas transexuais, já que esta não deve ser limitada por normas binárias e heteronormativas. Assim, a transexualidade evidencia a natureza construída e performática do gênero ao revelar que a identidade de gênero não está necessariamente relacionada ao sexo biológico atribuído no nascimento. Com isso, busca ampliar o entendimento e a aceitação de expressões de gênero que desafiam as estruturas de poder e as normas sociais tradicionais (Butler, 2022).

Entretanto, a perspectiva patologizadora da transexualidade pauta a prática clínica há muitos anos, considerando-a como um “transtorno de identidade de gênero”, sendo esta a condição para o acesso aos serviços de saúde especializados. Paradoxalmente, apesar de permitir visibilidade e legitimidade aos procedimentos cirúrgicos, a necessidade do diagnóstico reforça a marginalização devido ao seu caráter patologizante, desconsiderando elementos históricos, políticos e subjetivos da transexualidade (Roncon *et al.*, 2020).

1.2.2 LINHA DO TEMPO DO ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO TRANS E TRAVESTI

A população LGBTQIAPN+ começou sua organização enquanto um movimento social no final da década de 1970, mas as discussões em torno de suas questões de saúde passaram a ter mais visibilidade a partir da década seguinte, com o advento da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Em 1980, o Ministério da Saúde (MS) se articulou com movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos dos “grupos gays”, a fim de enfrentar o HIV (Brasil, 2013a).

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, em seu Artigo 196, fica previsto o direito à saúde para toda população brasileira, determinando o papel do Estado como responsável pela garantia deste direito, através do desenvolvimento e do decreto de políticas sociais e econômicas (Brasil, 1988). A Lei Orgânica 8080, de 1990, estabelece o SUS, criado para atuar como um sistema de saúde que garanta a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (Brasil, 1990). Estrutura-se também segundo outro pilar, o da equidade, que apesar

de o termo não constar explicitamente na Constituição Federal e na Lei Orgânica 8080/90, tem seu conceito incorporado na legislação sanitária brasileira. Assim, orienta a organização dos serviços ao priorizar a oferta àqueles que mais precisam, reconhecendo que grupos sociais distintos podem ter necessidades de saúde diferentes, exigindo respostas distintas (Guimarães *et al.*, 2017).

Em 1997, através da Resolução CFM nº 1482/1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), junto ao Código de Ética Médico, aprova a cirurgia de transgenitalização no país, a título experimental, em mulheres trans (Roncon *et al.*, 2020). Assim, passou-se a autorizar, além dos procedimentos cirúrgicos, também a oferta de hormônios para alteração de caracteres sexuais secundários em hospitais brasileiros públicos habilitados para pesquisas (Roncon *et al.*, 2019). Esta resolução foi revogada em 2002, tendo sido retirado o caráter experimental das cirurgias nas mulheres transexuais (Roncon *et al.*, 2020).

Com o passar dos anos, a luta pelos direitos da população LGBTQIAPN+ avançou, conquistando representação no Conselho Nacional de Saúde em 2006, o que auxiliou no estabelecimento do debate sobre orientação sexual e identidade de gênero e suas implicações na saúde (Brasil, 2013a). Neste mesmo ano, o MS publicou a Portaria nº 675/GM/MS, aprovando a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, tendo sua primeira edição publicada posteriormente em 2012. Este documento trata dos direitos e deveres dos usuários no SUS e declara que a assistência prestada deve ser livre de qualquer discriminação relacionada à diversidade sexual e de gênero, além de assegurar o uso do nome social na identificação do usuário (Brasil, 2006).

Ainda 2006, especialistas em direitos humanos organizaram-se para desenvolver um projeto de conjunto de princípios jurídicos, a serem empregados internacionalmente, sobre a aplicação da legislação às violações de direitos humanos referentes à orientação sexual e à identidade de gênero, a fim de dar mais transparência e coesão às obrigações de direitos humanos dos países. Formulou-se, então, os Princípios de Yogyakarta que declaram a obrigação primária dos Estados de garantirem os direitos humanos às pessoas com orientação sexual e identidade de gênero diversas através de normas jurídicas internacionais. De início, foram divulgadas 29 recomendações a serem cumpridas e, posteriormente, em 2017, dez outros princípios foram adicionados para complementar as normas

anteriormente propostas (Princípios de Yogyakarta, 2007; Yogyakarta Principles, 2017).

Em 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, foi mais um marco na luta pela saúde da população LGBTQIAPN+ ao deliberar a garantia do acesso equânime à rede de saúde e o reconhecimento das diferentes formas de discriminação voltadas à orientação sexual e à identidade de gênero como possíveis geradores de adoecimento (Brasil, 2008). Inicia-se, portanto, o entendimento da LGBTQIAPN+fobia como um determinante social, passo importante e essencial para que alguns anos após, em 2011, através da Portaria nº 2836/GM/MS, o MS instituísse a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT), que reconhece a discriminação e a exclusão social vivenciados por essa população como determinantes sociais em saúde. Isto é, compreende que o processo de marginalização e segregação social oriundos da discriminação impacta no acesso ao mercado de trabalho, à moradia e à alimentação digna, à educação, à saúde, ao lazer e à cultura, afetando a qualidade de vida e de saúde dessa população (Brasil, 2013a).

Buss e Filho (2007) estabelecem que os determinantes sociais em saúde referem-se aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais e comportamentais que afetam o processo saúde-doença dos indivíduos, influenciando na ocorrência de doenças e em seus fatores de riscos. O modelo de *Dahlgren* e *Whitehead* auxilia na representação ilustrativa da complexa interação entre os diversos determinantes sociais e a saúde da população, organizando-os em diferentes camadas, desde fatores mais próximos e individuais até os mais distais e macroestruturais, como as condições políticas sociais, econômicas e culturais. Esse modelo está representado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo de *Dahlgren e Whitehead* para a determinação social em saúde



Fonte: Buss; Filho, 2007.

A PNSILGBT também traz o conceito de interseccionalidade ao compreender as relações entre as diferentes formas de LGBTQIAPN+fobia e o racismo estrutural, propondo-se a reduzir desigualdades em saúde (Brasil, 2013a). Inicialmente desenvolvido por feministas negras, entende-se a interseccionalidade pela concepção de indivíduos como sujeitos sociais e integrais que vivenciam distintos marcadores sociais de diferença simultaneamente, gerando múltiplas formas de opressão. Reconhece, portanto, a interação entre o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e de sexualidade, sustentados pelo sistema capitalista e colonialista dominantes, e a maneira que esses marcadores sociais operam sobre grupos que fogem à norma hegemônica imposta (Borret *et al.*, 2021).

Em 2008, através das Portarias nº 1707/GM/MS e nº 457/GM/MS, o MS estabelece o Processo Transexualizador (PrTr) no SUS, que habilita serviços em hospitais universitários e procedimentos hospitalares voltados a mulheres trans, além de envolver uma série de estratégias de atenção à saúde relativas ao processo de afirmação de gênero. O PrTr advém da necessidade de resgate dos princípios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção, sobretudo voltada às questões físicas e psicossociais relacionadas ao processo de mudanças corporais dos usuários transexuais no SUS, no contexto da atenção especializada (Popadiuk; Oliveira; Signorelli, 2017; Roncon *et al.*, 2019).

Dois anos depois, em 2010, o CFM divulgou a Resolução nº CFM 1955/2010, autorizando procedimentos cirúrgicos em gônadas e caracteres sexuais secundários

em homens trans. Os pacientes aptos às cirurgias deveriam ser transexuais, portadores de “desvio psicológico permanente identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio” e submetidos à avaliação de equipe multiprofissional por, no mínimo, dois anos (CFM, 2010).

Já em 2013, o PrTr foi redefinido e ampliado sob a Portaria nº 2803/GM/MS, passando a incorporar homens trans e travestis como usuários aptos a participarem dos serviços do SUS (Roncon *et al.*, 2019). Atualmente, em vigor desde 2017, a Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, define usuários trans e travestis como público alvo do PrTr e determina a estrutura da linha de cuidado à saúde composta pela Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada, visando a integralidade do cuidado. Entende-se que, na AB o acolhimento deve ocorrer de maneira humanizada, com respeito ao uso do nome social e encaminhamento, quando adequado, ao Serviço de Atenção Especializada no PrTr.

No âmbito da atenção especializada, a oferta de serviços se dá por meio do cuidado ambulatorial e hospitalar, ambos compostos por uma equipe mínima multiprofissional segundo a modalidade do serviço oferecido, além da necessidade de habilitação do estabelecimento junto ao MS, devendo possuir recursos técnicos, físicos e humanos adequados (Nogueira, 2020). Segundo dados da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, o panorama nacional de 2023 era de 10 Serviços Hospitalares, 12 Serviços Ambulatoriais e 104 serviços em funcionamento por iniciativa local, informados por gestores ou representantes de Comitês, habilitados para o exercício do PrTr (Brasil, 2024).

A partir da nova Resolução CFM nº 2.265/2019, o CFM passa a autorizar, em 2019, o bloqueio hormonal para crianças e adolescentes (devendo ser acompanhadas por equipes específicas em locais subordinados à pesquisa), procedimentos cirúrgicos a partir dos 18 anos e hormonização a partir dos 16 anos. Retira-se, ainda, o caráter experimental da metoidioplastia, procedimento de eleição para a faloplastia (cirurgia para aumento das dimensões penianas). Em 2022, o MS inclui este último procedimento cirúrgico na Tabela de Procedimentos do SUS, sob a Portaria nº 4700 GM/MS (Brasil, 2022; CFM, 2020).

1.2.3 AS BARREIRAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO TRANS E TRAVESTI E AS REPERCUSSÕES EM SAÚDE

Em uma perspectiva mais ampliada, o termo violência, segundo a OMS (2002), refere-se ao uso intencional de força física ou de poder, efetivamente ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação. Quando se trata da desigualdade de acesso aos serviços, fala-se em violência institucional, que é definida como toda situação de violação de direitos humanos experienciada por um indivíduo em uma instituição qualquer (Calazans *et al.*, 2021).

Sabe-se que a população LGBTQIAPN+ vivencia uma série de entraves que dificultam e até impedem a busca por cuidados em saúde, as chamadas barreiras de acesso à saúde. Desse modo, discriminações expostas ou veladas, relacionadas à identidade de gênero e à orientação sexual nos serviços de saúde, configuram-se como LGBTQIAPN+fobia institucional (Calazans *et al.*, 2021).

Por sua vez, as barreiras de acesso aos cuidados em saúde relacionam-se à vulnerabilidade programática, referente ao acesso aos serviços e aos recursos sociais necessários para a integridade e o bem estar do indivíduo (Silva; Rosa; Gagliotti, 2021). O termo vulnerabilidade passou a ser utilizado no campo da saúde após 1980, com a epidemia HIV/Aids, substituindo os termos “grupo e comportamento de risco”, que levam a um processo de estigmatização, culpabilização e isolamento destes grupos populacionais, além da ideia equivocada de que pessoas que não estão inseridas nestes recortes ou que não tenham “práticas de risco” estariam protegidas.

Assim, visando ampliar a compreensão dos fatores sociais e contextuais no processo saúde-doença, o conceito de vulnerabilidade foi proposto, a fim de afirmar a indissociabilidade entre o sujeito, o meio e o adoecer, tendo sido ainda sistematizado em três dimensões: individual, social e programática (Borret *et al.*, 2021). Segundo Ayres *et al.* (2003), a dimensão individual destaca o comportamento e a racionalidade subjetiva, a partir das possibilidades de acesso a informações; a social, leva em consideração os diferentes fatores contextuais nos quais o sujeito está inserido, como relações econômicas, escolarização, acesso à moradia, disponibilidade de recursos materiais; e, por fim, a programática evidencia o papel das instituições sociais, como serviços de saúde e de educação, e de que maneira elas reproduzem ou aprofundam as condições de vulnerabilidade socialmente dadas.

O impacto desse processo de vulnerabilização pode ser demonstrado pelos piores indicadores em saúde mental da população LGBTQIAPN+, com taxas mais elevadas de uso abusivo de drogas, depressão, ansiedade e ideação suicida (Silva; Rosa; Gagliotti, 2021). É importante compreender a maior taxa de suicídio nessa população como decorrente de um sofrimento coletivo resultante da LGBTQIAPN+fobia estrutural, o processo de exclusão e marginalização baseado na discriminação e na inferioridade das pessoas LGBTQIAPN+ quando comparadas à cisheteronormatividade (Acontece; ANTRA; ABGLT, 2023). A maior prevalência de transtornos de saúde mental está diretamente relacionada ao fato de que minorias sexuais experienciam, quando comparadas à população geral, estressores adicionais ao longo de suas vidas, o que é conhecido como “estresse de minorias”, representados por três principais grupos: a LGBTQIAPN+fobia internalizada, as experiências de violência e preconceito e o estigma (Branquinho; Benedito; Ciasca, 2021).

Em uma sociedade em que a cisheterossexualidade é a norma, encontrar-se em uma condição fora desta pode levar às pessoas LGBTQIAPN+ internalizarem atitudes discriminatórias, direcionando-as a si mesmo e provocando, por exemplo, negação da própria identidade de gênero ou orientação sexual, baixa auto estima e sentimentos depreciativos quanto ao próprio corpo. Ademais, experiências de violência e preconceito são extremamente comuns e perpassam ao longo de toda a vida do indivíduo, sendo as formas explícitas de estresse de minorias (Branquinho; Benedito; Ciasca, 2021).

O estigma é definido por Goffman (1982) como uma marca portada pelo indivíduo que leva à exclusão social quando identificada, sendo, portanto, sua função social a de distinguir e excluir, na medida em que reafirma a normalidade daquele que não apresenta tal particularidade. De forma complementar, Parker (2012) afirma que o estigma é um processo social coletivo construído para produzir distinção entre as pessoas, tornando-se uma ferramenta para o exercício do controle de grupos sociais sobre outros. A condição LGBTQIAPN+ é considerada, então, uma “marca estigmatizadora” que exclui, inferioriza e desumaniza, servindo à dominação e às diversas violações de direitos que essa população sofre (Goffman, 1982; Parker, 2012 *apud* Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2021).

A vulnerabilidade programática refere-se, também, à invisibilização LGBTQIAPN+, considerando que importantes pesquisas populacionais, como os

Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não abordam questões sobre diversidade sexual e de gênero, contribuindo para as graves lacunas nas informações demográficas dessa população (Calazans *et al.*, 2021). No último Censo nacional, de 2022, não foram incluídas perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero, sendo apenas “homem” e “mulher” as possibilidades de respostas para “sexo”. Segundo o IBGE, a não inserção foi baseada em aspectos “gerenciais e temporais”, pois ao incluir tais questões, haveria impacto financeiro por necessidade de mudanças metodológicas no processo da operação censitária, além do aumento da expectativa de tempo para preenchimento dos formulários (Agência Brasil, 2022).

Além disso, de acordo com dados do Atlas da Violência de 2021, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 98,8% das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) não têm informação sobre a identidade de gênero em seus registros, impossibilitando, portanto, o levantamento de informações referentes à população trans e travesti (IPEA, 2021).

Esses dados são necessários e essenciais para a construção de políticas estatais voltadas para o desenvolvimento social e, a partir do momento em que não estão disponíveis, dificultam-se os seus processos de implementação (Calazans *et al.*, 2021). A ausência de informações também parte dos profissionais de saúde quando não questionam sobre a identidade de gênero e orientação sexual no momento em que estão prestando assistência a estes indivíduos, sendo justificado por diversos motivos, como o contexto sociocultural ou o receio de gerar mal estar devido ao questionamento. Entretanto, a consequência é a impossibilidade de assistir integralmente aquele usuário, conferindo uma das faces da violência estrutural (Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2021).

Segundo o Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023, da Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA), o Brasil permanece ocupando a posição do país que mais assassina pessoas trans no mundo há 15 anos consecutivos. Além disso, em 2023, o número de pessoas trans assassinadas aumentou em 10,7% quando comparado ao ano anterior, mesmo momento em que houve uma redução de 5,7% na taxa de homicídio geral da população brasileira (ANTRA, 2023).

Assim, no contexto brasileiro, é baixa a expectativa média de vida de pessoas transgêneras, considerando todas as violências a que estão expostas

(ANTRA, 2022). Além disso, o maior número de mortes ocorre no recorte de travestis e mulheres trans jovens negras que atuam como profissionais do sexo, mais expostas à violência e ao estigma dos processos de marginalização. Portanto, é possível afirmar que a identidade de gênero trans e a raça negra são fatores de risco de morte para essa população, comprovando o impacto da interseccionalidade no processo de vulnerabilização de grupos sociais que fogem à norma hegemônica imposta pelo sistema de dominação vigente (ANTRA, 2023; Borret *et al.*, 2021).

Outro dado alarmante e paradoxal relacionado ainda ao Brasil é o de que se trata do país que mais consome pornografia trans no mundo, segundo informações de sites internacionais. Em 2023, esse consumo aumentou em 75% nas pesquisas gerais, comparando-se ao ano anterior, sendo a faixa etária que mais realiza esse tipo de busca composta por pessoas acima de 55 anos, grupo que inclui a maioria dos “agentes anti trans” e conservadores. As travestis e mulheres trans são as mais procuradas nesse ambiente virtual, compondo também a maioria esmagadora das vítimas de homicídios no país (ANTRA, 2023).

Apesar de previsto na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o uso do nome social no SUS foi instituído apenas em 2009, através da Portaria nº 1820/GM/MS, e somente em 2014, por meio da Nota Técnica 18/2014, seu uso tornou-se previsto no Cartão Nacional do SUS (Solka; Antoni, 2020).

Assim como o uso do nome social, a PNSILGBT também aborda a discussão sobre o uso indiscriminado e sem orientação de silicone industrial injetável e de hormônios no processo de redesignação de gênero, apontando como objetivos específicos a promoção de ações de redução de riscos e a assistência a problemas causados pela hormonização (Brasil, 2013a). A automedicação frequentemente ocorre de maneira inapropriada e com o uso de drogas nem sempre confiáveis, podendo gerar problemas de saúde, sendo essencial a assistência durante este processo, considerando evidências de maiores taxas de pensamentos de autoextermínio em pessoas transexuais que não realizaram nenhum tipo de modificação corporal (Ribeiro, 2020; Corrêa *et al.*, 2020).

Neste sentido, as transformações corporais de redesignação de gênero possibilitam o que é conhecido como “passabilidade”, isto é, quando o reconhecimento social se adequa à identidade de gênero do indivíduo, com melhoria da qualidade de vida, menor exposição à violência e redução dos sintomas ansiosos e dissociativos (Pereira; Chazan, 2019; Ribeiro, 2020). O fato de, por

exemplo, mulheres trans e travestis negras constituírem o grupo que menos acessam tecnologias de modificações corporais, torna-as, automaticamente, mais expostas à violência, já que são facilmente lidas pelo olhar da cisgeneridade como pessoas que não pertencem ao gênero que expressam (ANTRA, 2023).

A partir dos atributos cunhados por Barbara Starfield, a APS atua como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o acesso um de seus atributos essenciais, somado à oferta de assistência longitudinal, integral e do cuidado coordenado. Ao se compreender a importância da necessidade do cuidado integral do usuário trans e travesti, infere-se que a APS deve assumir a responsabilidade pela resolução da maior parte das questões em saúde dessa população, encaminhando para outros níveis de atenção da RAS intervenções que demandem maior complexidade (Popadiuk; Oliveira; Signorelli, 2017; Starfield, 2002).

No Brasil, a APS estrutura-se a partir da ESF, criada em 1994, a fim de atuar como um programa organizacional da prática em saúde no SUS em aspectos territoriais e populacionais. Apesar de ter se expandido por todo o território nacional, apresenta importantes diferenças em relação à cobertura, ao acesso e à oferta de cuidados nos municípios (Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019). Em 2006, através da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o papel da ESF é reforçado como prioridade na estruturação da APS, considerando sua potencialidade em consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (Guimarães *et al.*, 2017). Entretanto, em 2017, em consonância com o cenário político nacional neoliberal, o MS divulgou uma nova PNAB. Nesta, entre outras mudanças consideradas retrocessos e ameaças ao fortalecimento do SUS, incentiva-se outros modelos de organização da AB que não a ESF; relativiza-se a cobertura em saúde a partir da indefinição do número de ACS por equipe; e estimula-se a segmentação do cuidado, ao definir diferentes padrões de ações e cuidados para a nova AB, que ficam pouco claros ao longo da política (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Diante de todo cenário apresentado, é possível entender a contribuição da produção científica para o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas. Como previsto na PNSILGBT, o incentivo ao estudo e ao desenvolvimento de tecnologias voltadas à assistência da população LGBTQIAPN+ e, mais especificamente, trans e travesti, visa à promoção da saúde integral e contribui para

a redução das desigualdades e a consolidação do SUS (Scanavino; Macedo, 2021; Brasil, 2013a).

1.3 OBJETO DE ESTUDO

As barreiras de acesso à saúde integral da população transexual e travesti sob o ponto de vista de médicos e enfermeiros de três unidades de saúde da família do município do RJ.

1.4 PERGUNTAS NORTEADORAS

Diante do explicitado, surgem as seguintes questões:

- Existem barreiras de acesso no cuidado em saúde da população transexual e travesti nos serviços de saúde utilizados como campo de pesquisa?
- Como essas barreiras de acesso implicam na violência institucional?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo geral compreender as percepções de médicos e enfermeiros sobre as barreiras de acesso à saúde enfrentadas pelas pessoas trans e travestis em três unidades da APS do município RJ.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar barreiras de acesso à saúde trans e travesti do ponto de vista dos profissionais entrevistados;
- Discutir sobre violência institucional nas CFs do município do RJ;
- Entender o conhecimento da PNSILGBT por parte dos trabalhadores entrevistados;
- Debater se a PNSILGBT, como marco teórico principal, se materializa na prática em relação ao cuidado integral da população trans e travesti.

1.6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Apesar de existir, desde 2011, a PNSILGBT, que norteia a assistência integral desta população e reconhece a discriminação como determinante social em saúde, ainda há muito a se avançar no que tange à oferta de um cuidado em saúde verdadeiramente universal, holístico e de qualidade (Brasil, 2013a). Sabe-se que, dentre esse grupo populacional, pessoas transexuais e travestis são as mais afetadas nos processos de vulnerabilização, marginalização e invisibilização oriundos da transfobia, o que se relaciona diretamente com piores indicadores em saúde. Vivenciam, ainda, estressores adicionais, quando comparados à população geral, conhecidos como “estresse de minorias” (Branquinho; Benedito; Ciasca, 2021). Compreendendo a violência institucional como uma das faces das barreiras de acesso à saúde, responsáveis por afastar estes usuários da RAS, é urgente refletir sobre a prática diária do serviço de saúde que, ao se basear numa lógica binária e cisheteronormativa de cuidado, perpetua a opressão vivenciada por esta população.

1.7 CONTRIBUIÇÕES E APLICABILIDADE DO PROJETO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A formulação de um Produto Técnico Tecnológico (PTT) consiste em uma maneira de oferecer à comunidade uma devolutiva da pesquisa realizada, com intuito de gerar mudanças no processo de trabalho do serviço, ao impactar no comportamento dos profissionais de saúde e/ou usuários ao buscar soluções de dificuldades encontradas no cenário de estudo. Além disso, o PTT deve ser relevante, útil e aplicável às necessidades e à realidade do território em questão.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES) articulou um Grupo de Trabalho (GT) de Produção Técnica, responsável pelo desenvolvimento de uma metodologia avaliativa dos PTT dos programas de pós graduação, entendendo a importância deste produto no avanço do conhecimento científico. É considerado produto tecnológico quando gera resultados com conhecimentos inovadores, enquanto que, quando há adaptação de saberes já existentes, passa a ser entendido como produto técnico (CAPES, 2019).

Quanto a essa pesquisa, o PTT trata-se de um produto técnico tradicional, a dissertação de mestrado e, posteriormente, a elaboração de um artigo publicado em revista científica. Além disso, pode ser considerado produto de média complexidade, por ter dados da literatura associados à participação dos atores da pesquisa, no caso, os entrevistados.

Como tem sido debatido nesta pesquisa, as barreiras de acesso aos serviços de saúde relacionam-se intimamente com a violência institucional, compondo uma de suas faces, e, assim, com os processos de vulnerabilização e marginalização da população trans e travesti. A partir dos resultados encontrados nas entrevistas realizadas com médicos e enfermeiros das três unidades de saúde da família utilizadas como campo de pesquisa, assim como da revisão bibliográfica, será formulado o artigo para publicação e divulgação dos resultados. Pretende-se, também, discutir sobre questões identificadas como principais lacunas em relação à capacitação profissional.

Desse modo, apesar de se tratar de um produto com baixo teor inovativo, percebe-se que, mesmo existindo publicações acerca deste tema e que visem a melhoria da qualidade do cuidado da população trans, é fato que há defasagem no acesso à saúde dessa parcela populacional. Essa pesquisa e seus resultados estão, portanto, em acordo com as recomendações da 13^a Conferência Nacional em Saúde, de 2007, e da PNSILGT para produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhora das condições de saúde da população LGBTQIAP+ e, mais especificamente, população trans e travesti (Brasil, 2013a).

2. METODOLOGIA

2.1 NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa aplicada com abordagem qualitativa, tipo descritiva-exploratória. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa possibilita a transposição para o lugar do outro, considerando a singularidade e a subjetividade dos indivíduos, tendo o verbo “compreender” como o principal para a análise do seu método. Além disso, é aquela que se aplica ao estudo das percepções e do produto das interpretações realizadas pelos seres humanos, a respeito dos modos como vivem, sentem e pensam (Minayo, 2014).

Já as pesquisas descritivas, de acordo com Gil (2008), utilizam técnicas padronizadas para a coleta de dados, estudam as características de determinado grupo populacional e, aproximando-se das exploratórias, proporcionam uma nova visão sobre um determinado problema. Diz ainda tratarem-se das pesquisas realizadas usualmente por pesquisadores sociais inquietos com a atuação prática.

A revisão integrativa que auxiliou na consolidação de referenciais teóricos incluiu artigos publicados nos últimos cinco anos, em inglês e português, utilizando os termos DeCS “Primary Health Care”, “Barriers to Access of Health Services”, “Transgender Persons” e “Professional Training” nas bases de dados BVS e PubMed. Artigos que tratam de cuidados em saúde ofertados em outros níveis que não a APS foram excluídos. Ademais, foi realizada busca manual em documentos normativos, como a PNSILGBT, e consolidados sobre o tema, como o livro Saúde LGBTQIA+ Práticas de Cuidados Transdisciplinares (2021), além de busca de artigos citados nas listas de referências de estudos encontrados através da revisão.

A organização das etapas que envolvem toda a realização da pesquisa se encontra estruturada no cronograma da pesquisa, conforme exposto nos apêndices (APÊNDICE D).

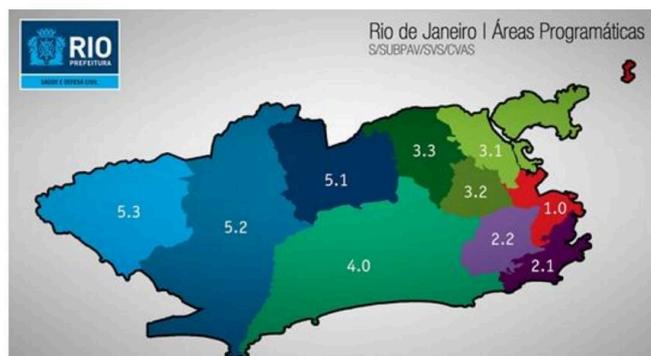
Pretende-se, como uma etapa final do trabalho, enviar às CFs e aos profissionais de saúde participantes das entrevistas, enviar os resultados da pesquisa como *feedback*, incentivando a reflexão e discussão sobre as informações encontradas na pesquisa. Pode-se entender este momento como um agradecimento à participação, incentivando futuras pesquisas que envolvam a contribuição dos

trabalhadores da saúde, assim como retornar ao campo os resultados alcançados, possibilitando, potencialmente, maior impacto na prática profissional.

2.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A presente pesquisa se deu no contexto da APS do município do RJ, cujo modelo de atenção resultou de um processo de reestruturação implementado pela SMS RJ iniciado em 2009, que levou à expansão da cobertura da APS de 3,5% para cerca de 40% ao final de 2012. A ESF foi o modelo adotado e as unidades de saúde denominaram-se Clínicas da Família (CF). Quanto à gerência da APS, pactuou-se o contrato de cogestão entre SMS e Organizações Sociais da Saúde (OSS), além do fortalecimento das Coordenações de Área Programática (CAPs), responsáveis pela administração da atenção no território. Desse modo, o município foi dividido e organizado, para fins de gestão, em dez Áreas de Planejamento (AP), conforme demonstrado na Figura 2. Esse movimento de mudança no modelo de atenção denominou-se “Reforma dos Cuidados em APS”, considerada uma revolução na estruturação e na qualidade do serviço oferecido no município (Brandão, 2020; OPAS, 2013; Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Figura 2 - Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas



Fonte: SMS RJ, 2017.

Assim, para além da ampliação do acesso, a reforma da APS também promoveu aumento da resolutividade, inovação na prestação dos cuidados e ampliação da possibilidade do cuidado integral, através da implementação da Carteira Básica de Serviços da APS, documento norteador e padronizador para os

serviços prestados. Nesse período, houve também importante investimento na qualificação dos profissionais, com o desenvolvimento de programas de residência em MFC e Enfermagem em Família e Comunidade, além de ações de educação continuada para profissionais de saúde da rede (Brandão, 2020; O'Dweyr *et al.*, 2019; Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Entretanto, a partir de 2016, a expansão da APS sofreu um retrocesso concomitante à redução orçamentária das esferas federal e municipal. A Emenda Constitucional nº 95, de 2016, conhecida como emenda do “Teto de Gastos”, limitou os gastos públicos pelos próximos 20 anos, resultando em um cenário de restrição orçamentária no financiamento do SUS (Brandão, 2020; Morosini; Fonseca; Lima, 2018). Na realidade, este processo vem ocorrendo desde 1991, quando a participação dos gastos da União referentes ao SUS consistia em 73%, sendo progressivamente abreviada e alcançando 43% em 2017, paralelamente ao aumento do envolvimento das esferas estadual e municipal na transferência de recursos (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Entre os anos de 2013 e 2017, houveram decréscimos contínuos nas receitas municipais destinadas à saúde, com retomada apenas em 2018. Ademais, as transferências de recursos da esfera federal destinadas ao SUS, APS e Alta e Média Complexidade também foram abreviadas. Quanto à cobertura populacional da APS, entre 2017 e 2018, houve uma redução de 8,4%, tendo sido a cobertura de Saúde Bucal a que sofreu maior impacto. Além da redução sistemática do número de médicos entre 2016 e 2018, houve também diminuição na quantidade de ACS no município, em alinhamento com a PNAB de 2017, que possibilita ao gestor local a diminuição de postos para redução de gastos. Ameaças de corte de equipes a partir de 2018, geraram greves dos trabalhadores e espalharam insegurança, reduzindo a ocupação de vagas dos programas de residência em saúde da família (O'Dweyr *et al.*, 2019).

Segundo o documento da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da SMS RJ, Reorganização dos Serviços da APS: Estudos para Otimização de Recursos (2018), ao final de 2018, previa-se extinção de 184 equipes de saúde da família e 55 equipes de Saúde Bucal, totalizando cerca de 1400 postos de trabalho, sendo a maior parte de ACS. Dessa forma, entre 2017 a 2019, a cobertura populacional da ESF decresceu de 62% para 55%, mantendo, entretanto, sobrecarga das equipes, devido à redução do número de trabalhadores

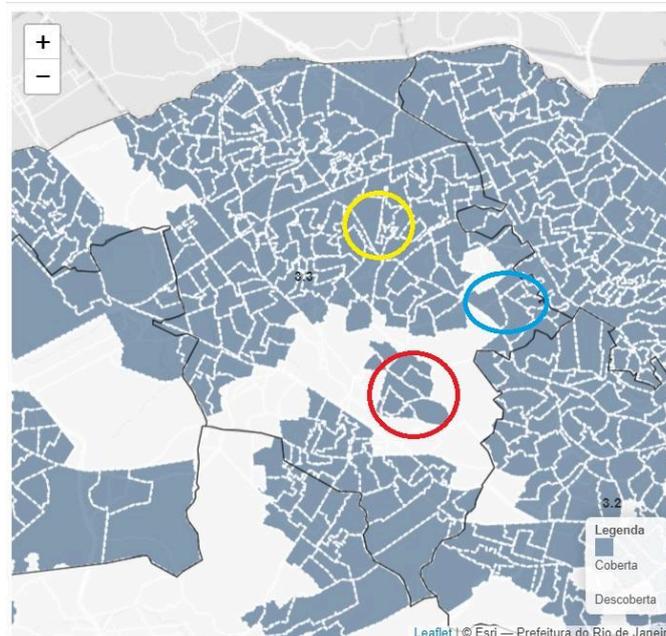
e aumento da adscrição populacional por equipe (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019; Fernandes; Ortega, 2020).

Servindo como campo prático desta pesquisa, a AP elencada para a realização das entrevistas é a 3.3, convenientemente escolhida por ter sido cenário de atuação profissional da pesquisadora principal entre os anos de 2021 a 2023. Possui cerca de 7700km² e, em 2019, aproximadamente 950 mil habitantes, distribuídos em 29 bairros, sendo a terceira maior densidade populacional do município e tendo 50% da sua população residindo em favelas. Além disso, a região 3.3 dispõe de 119 Equipes de Saúde da Família, 1 Equipe de Consultório de Rua, 48 Equipes de Saúde Bucal e 8 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (Freitas; Santos; Wakimoto, 2019).

Foram selecionadas três unidades de saúde da família, também por critérios de conveniência, devido à familiaridade com a autora deste estudo: a CF Mestre Molequinho do Império (CF MMI), primeiro local de atuação profissional como médica de equipe; a CF Ana Maria Conceição dos Santos Correa (CF AMCSC), cenário de residência em Administração em Saúde entre os anos de 2021 e 2022; e o Centro Municipal de Saúde Carlos Cruz Lima (CMS CCL), selecionado pela proximidade geográfica com as demais unidades de saúde. Apesar de a seleção ter se dado por conveniência, é importante frisar que se tratam de unidades de saúde diversas, no sentido de organização do serviço e processos de trabalho. Ademais, diferenciam-se entre si quanto ao modelo de atenção que ofertam, sendo as duas primeiras unidades “tipo A”, ou seja, onde todo o território é coberto por equipes da ESF; e a última, unidade “tipo B”, fazendo parte do modelo tradicional da AB (médicos de especialidades básicas assistindo usuários sem mecanismos de adscrição, acesso e acompanhamento), mas incorporando uma ou mais equipes da ESF, cobrindo parcialmente o território (OPAS, 2013; Melo, Mendonça, Teixeira, 2019).

Conforme demonstrado na Figura 3, encontra-se o território de abrangência da CAP 3.3 e das unidades de saúde que serviram como campo de pesquisa para o estudo, assinalados em amarelo, azul e vermelho, correspondendo respectivamente ao CMS CCL, à CF AMCSC e à CF MMI.

Figura 3 - Território da CAP 3.3 com foco para as unidades de saúde da família campo de pesquisa deste trabalho



Fonte: Adaptado de SMS RJ, 2024.

A CF MMI, inaugurada em 2016 e localizada no bairro Madureira, conta com seis equipes de saúde da família completas e duas de saúde bucal, com atual quadro médico completo com especialidade em MFC. Encontra-se próxima a importantes centros culturais e de comércio do bairro, como o Mercado de Madureira e o Viaduto Negrão de Lima. Além disso, tem, em suas proximidades e fazendo parte de seu território adscrito, as comunidades que formam o Complexo da Serrinha, as quais são: Serrinha, Fazenda, Patolinha, São José e Dendezinho, contribuindo para a alta vulnerabilidade social da região. É uma unidade que recebe acadêmicos de medicina, a partir do sétimo período, de toda a cidade do RJ, através da concessão de bolsas de estágio pela SMS RJ.

Já a CF AMSC foi fundada em 2011 e possui em seu território adscrito aproximadamente 21 mil pessoas, abarcando áreas de comunidade e condomínios, com destaque para o conjunto habitacional do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), construído a partir dos anos 60, para abrigar funcionários públicos e seus familiares. Abrange os bairros de Vila Kosmos, Vila da Penha, Penha Circular e Vicente de Carvalho. Também possui seis equipes de saúde da família e duas de saúde bucal, é campo de residências de MFC e de

Enfermagem em Família e Comunidade, além de receber acadêmicos de medicina pelo estágio da SMS RJ e da UERJ.

Diferentemente das anteriores, o CMS CCL, considerado unidade “tipo B”, localiza-se no bairro Colégio, possui cerca de 14 mil usuários adscritos e abrange a comunidade do Para Pedro e grande parte da extensão da Estrada do Colégio, uma via importante da zona norte da cidade do RJ. É composta por quatro equipes de saúde da família e 1 equipe de saúde bucal. Também em oposição às demais, não se trata de uma unidade de campo de estágio para acadêmicos de medicina ou local de residência em saúde.

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são médicos e enfermeiros atuantes nas três unidades de saúde da família selecionadas. Estes profissionais não precisariam ter especialização em saúde da família e, na unidade em que há programas de residência, foram incluídos preceptores e residentes de ambas categorias. Além disso, deveriam estar atuantes na APS há, pelo menos, seis meses. O critério de exclusão incluiu profissionais que se encontravam afastados há mais de 30 dias.

No total, pretendeu-se entrevistar 20 profissionais que se adequavam aos critérios de inclusão. Os participantes foram recrutados conforme disponibilidade e desejo de participação na pesquisa. As entrevistas foram interrompidas a partir do momento em que se alcançou o critério de saturação das informações obtidas.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e liberação da gerência local, os participantes foram convidados para as entrevistas, tão logo assinassem o TCLE.

2.4 TÉCNICA E ETAPA DA COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa consiste na entrevista, ferramenta que pode ser considerada de excelência para uma investigação social e uma das técnicas mais usadas pelas ciências sociais. Neste caso, foi utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada, em que as perguntas são previamente estabelecidas, de modo que as respostas dos entrevistados às mesmas perguntas podem ser contrastadas entre si (Gil, 2008; Marconi; Lakatos,

2022). Também denominada como “entrevista semi-aberta”, este tipo de abordagem facilita e assegura ao entrevistador que suas hipóteses e teorias serão tratadas e abrangidas durante a coleta de dados (Minayo, 2014).

De acordo com Minayo (2014), a entrevista é a estratégia mais comumente utilizada durante o trabalho de campo, entendida como uma conversa que proporciona o levantamento de informações provenientes dos atores da pesquisa referentes ao objeto de estudo. É importante refletir que o indivíduo entrevistado faz parte de um coletivo e de uma cultura específica, de modo que, dessa forma, suas atitudes e pensamentos estarão influenciadas por fatores contextuais. Assim, uma entrevista pode ser considerada uma declaração individual, mas também comunitária.

O caráter confidencial e anônimo das respostas foi reafirmado no início da entrevista, com objetivo de criar um ambiente confortável para o participante (Gil, 2008). Ademais, foi realizado um contato inicial com os gerentes das unidades de saúde onde ocorreram as entrevistas, solicitando liberação dos profissionais para que pudessem participar da pesquisa, reduzindo impasses no processo de trabalho do serviço.

O roteiro de entrevista desta pesquisa foi estruturado seguindo os quatro eixos estratégicos da PNSILGBT, a fim de auxiliar na organização das informações levantadas e na discussão. Estes são: Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT (Brasil, 2013a).

A entrada do pesquisador entrevistador em campo configura-se como um importante momento e que necessita de certa metodologia para sua ocorrência. Antes do momento efetivo das entrevistas com o universo da pesquisa, neste caso, médicos e enfermeiros de saúde da família, foi definido pela equipe de pesquisa que deveria ser realizado o procedimento de pilotagem do roteiro, para validação deste instrumento. Este momento é importante para revelar possíveis falhas em relação à estruturação da entrevista, à adequação das perguntas e à linguagem utilizada, além de se verificar a operacionalidade das questões e a validade dos dados obtidos (Marconi; Lakatos, 2022).

Os participantes do procedimento de pilotagem devem ter as mesmas características do universo da pesquisa e, assim, foram entrevistados profissionais técnicos de uma das unidades de saúde da família que serviu como campo de pesquisa. Estas entrevistas foram conduzidas pela autora principal deste estudo e o público alvo foi selecionado de maneira aleatória, após aprovação do CEP e anuência do gestor local, com a liberação garantida destes trabalhadores.

Após a testagem do instrumento de coleta de dados, formulou-se o instrumento de coleta de dados, utilizado nas seguintes etapas da pesquisa (APÊNDICE A). Em relação ao recrutamento dos participantes, estes foram convidados pela pesquisadora principal após contato com o Centro de Estudos da CAP 3.3 e a anuência institucional do gestor local. A escolha dos entrevistados seguiu conforme os critérios de inclusão e exclusão já referenciados anteriormente. As reuniões para as entrevistas ocorreram em um momento específico, em que o profissional recebeu liberação para tal, visando maior conforto e tranquilidade. Essa etapa se deu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2024.

Esperava-se atingir um número mínimo de 20 participantes, interrompendo a coleta de dados a partir do critério de saturação. O termo "saturação" foi inicialmente usado por Glaser e Strauss (1967) para estabelecer o momento da pesquisa em que a coleta de novos dados não forneceriam maiores informações para o objeto de estudo (Glaser; Strauss, 1967 *apud* Minayo, 2017). É fundamental, entretanto, que no momento em que seja alcançada a saturação da amostragem haja explicitação dos motivos para maior clareza e qualidade metodológica, evitando-se falhas neste processo. A etapa de coleta de dados em campo foi interrompida após 18 entrevistas, quando se atingiu o critério de saturação das informações obtidas.

2.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados segundo Bardin (2016), em três etapas: 1) pré análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira etapa consiste na organização propriamente dita do material coletado, operacionalizando e sistematizando as ideias iniciais. Compreende a escolha dos documentos a serem analisados, formulação de hipóteses e elaboração de parâmetros que fundamentem a interpretação final. O

material coletado por meio das entrevistas foi transcrito e esses textos passaram por uma “leitura flutuante”, a fim de se conhecer o conteúdo e selecionar o que de fato seria analisado, constituindo o *corpus*. Este universo de documentos analisado foi selecionado com base em critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A fase de exploração do material tem por finalidade a construção de categorias a partir da extração de recortes do texto em unidades comparáveis. De acordo com Bardin, a repetição de palavras e/ou termos pode ser uma estratégia utilizada no processo de codificação, criando-se unidades de registro e, após, categorias de análises iniciais. Por fim, a terceira etapa propõe inferências e interpretações a respeito do material analisado, e o tratamento dos resultados tem por finalidade construir e captar conteúdos extraídos do *corpus* (Bardin, 2016; Sousa; Santos, 2020).

Após realização das entrevistas, os áudios gravados foram transcritos e reunidos junto a anotações de diário de campo. Sequencialmente, estão descritas as etapas da organização e análise dos dados:

1ª - Transcrição fidedigna dos áudios das entrevistas e estabelecimento da codificação.

2ª - Leitura exaustiva das informações transcritas, junto àquelas do diário de campo, realizadas durante as entrevistas.

3ª - Em uma planilha, foram sistematizados trechos das falas que seriam de fato analisadas, as “unidades de contexto”, que auxiliaram na organização do próximo passo.

4ª - Identificação das “unidades de registro” (UR), selecionadas por meio de “núcleos de sentido”, isto é, através de seus valores semânticos. Segundo Minayo (2012), “o movimento classificatório que privilegia o sentido do material de campo não deve buscar nele uma verdade essencialista, mas o significado que os entrevistados expressam”.

5ª - Estes, por sua vez, foram agrupados em subcategorias, por meio de temas correlacionados. Já havia sido proposto que as categorias temáticas corresponderiam aos eixos estratégicos da PNSILGBT, os quais: Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Eixo 3: Educação permanente e

educação popular em saúde com foco na população LGBT; Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT (Brasil, 2013a).

6ª - Elaboração de inferências e de interpretações dos resultados, relacionando-as com a literatura. De acordo com Minayo (2014, p. 318): “o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material”.

7ª - Redação do texto, estruturado a partir destes passos.

8ª - Retorno aos participantes da pesquisa, com exposição dos resultados.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa obedeceu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e apreciação pelos CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/HESFA/UFRJ) e da SMS RJ, com pareceres favoráveis constando em anexos (ANEXO A e B, respectivamente).

A realização das entrevistas nas unidades de saúde da família ocorreu após a anuência institucional dos gestores locais (ANEXOS C, D, E) e da CAP 3.3 (ANEXO F). A leitura do TCLE (APÊNDICE B) foi realizada junto aos participantes, no início da entrevista, sendo reforçados o direito ao sigilo das respostas e os objetivos do estudo, além da possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa, visando minimizar possíveis riscos, considerados mínimos, como desconforto emocional e constrangimento. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma delas pertencendo ao participante e a outra, à pesquisadora principal.

As entrevistas foram gravadas para transcrição do conteúdo, que ficará armazenado em meio digital por cinco anos, sendo descartado após este período. A pesquisadora se compromete com o sigilo quanto aos dados de identificação dos entrevistados.

Importante ressaltar os benefícios relacionados à participação nesta pesquisa, que incluem auxiliar na compreensão da violência institucional relacionada à população trans e travesti, com possibilidade de melhoria da assistência a partir da identificação de possíveis falhas. Assim, entende-se os

benefícios desta pesquisa como aqueles voltados ao coletivo, na medida em que contribui com a produção científica referente a uma população marginalizada e vulnerabilizada, visando a mitigação da invisibilização dos indivíduos trans e travestis. Sabe-se que a elaboração e publicação de estudos nessa área ainda é precária, mesmo sendo uma recomendação da PNSILGBT desde sua publicação, em 2013 (Brasil, 2013a).

Apesar de os participantes da pesquisa constituírem em médicos e enfermeiros da APS do município do RJ e não especificamente pessoas trans e travestis, supõe-se que a produção científica na área pode contribuir com avanços nas políticas públicas de saúde que auxiliem na melhoria do acesso à saúde e demais direitos dessa população.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS

Os participantes das entrevistas semiestruturadas foram médicos e enfermeiros lotados nas três unidades de saúde que serviram como campo de pesquisa, as quais CF MMI, CF AMCSC e CMS CCL, da AP 3.3 do município do RJ. Todos foram selecionados com base nos critérios de inclusão mencionados anteriormente e, no total, foram entrevistados 18 trabalhadores, após ser alcançado o critério de saturação.

Os respondentes foram codificados conforme sua categoria profissional, para manutenção do anonimato e exposição dos fragmentos das falas nos resultados, sendo M para médicos e E para enfermeiros, seguido de um número sequencial de acordo com a ordem que foram realizadas as entrevistas. Isto é, o primeiro médico entrevistado corresponde a M1, enquanto o segundo a M2 e assim por diante, seguindo a mesma racionalidade para a enfermagem.

Com relação à idade, a média foi de 30,8 anos, variando entre 25 a 40 anos. Foram entrevistados 10 médicos (55,5%) e 8 enfermeiros (44,4%), sendo 4 bolsistas (3 residentes do PRMFC da UERJ e 1 enfermeiro do Programa de Residência de Enfermagem em Família e Comunidade da UFRJ) e 14 profissionais com vínculo empregatício através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A única unidade de saúde que possui programas de residência em saúde da família é a CF AMCSC.

Em relação ao critério raça/cor, foi utilizado o referencial teórico segundo o IBGE, que considera cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. Dos participantes, 10 se autodeclararam brancos (55,5%), 6 pardos (33,3%) e 2 pretos (11,1%).

Tratando-se da identidade de gênero, 11 responderam se identificarem como mulheres cis (61,1%), 2 homens cis (11,1%) e 5 (27,7%) respostas variaram entre: “heterossexual”, “feminina” e “homem”. Quanto à orientação sexual dos entrevistados, 11 são heterossexuais (61,1%), 3 bissexuais (16,6%), 2 gays (11,1%) e 2 lésbicas (11,1%).

Por fim, 11 responderam não praticarem nenhuma religião ou religiosidade (61,1%), 3 são evangélicos (16,6%), 2 católicos (11,1%), 1 umbandista (5,5%) e 1

candomecista (5,5%). Os resultados referentes à identificação dos participantes encontram-se organizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Perfil dos entrevistados conforme código, idade, categoria profissional, vínculo empregatício, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual e religião ou religiosidade

Código do entrevistado	Idade	Categoria profissional	Vínculo empregatício	Raça/cor	Identidade de gênero	Orientação sexual	Religião/religiosidade
M1	25	Médica	Bolsista	Branca	Mulher cis	Bissexual	Umbanda
M2	27	Médica	Bolsista	Branca	Mulher cis	Heterossexual	Católica
E1	43	Enfermeira	CLT	Parda	Mulher cis	Heterossexual	Não
E2	32	Enfermeira	CLT	Parda	<i>Heterossexual</i>	Heterossexual	Evangélica
E3	26	Enfermeira	Bolsista	Branca	Homem cis	Gay	Não
M3	31	Médica	Bolsista	Branca	Homem cis	Gay	Camdomblé
E4	35	Enfermeira	CLT	Parda	Mulher cis	Heterossexual	Evangélica
M4	27	Médica	CLT	Branca	Mulher cis	Lésbica	Não
E5	29	Enfermeira	CLT	Branca	<i>Feminina</i>	Heterossexual	Não
E6	32	Enfermeira	CLT	Preta	<i>Heterossexual</i>	Heterossexual	Evangélica
M5	29	Médica	CLT	Branca	Mulher cis	Heterossexual	Não
M6	29	Médica	CLT	Branca	Mulher cis	Heterossexual	Não
M7	30	Médica	CLT	Parda	Mulher cis	Bissexual	Não
E7	34	Enfermeira	CLT	Parda	Mulher cis	Heterossexual	Não
M8	34	Médica	CLT	Parda	Mulher cis	Lésbica	Não
E8	40	Enfermeira	CLT	Negra	<i>Heterossexual</i>	Heterossexual	Não
M9	26	Médica	CLT	Branca	Mulher cis	Bissexual	Não
M10	26	Médica	CLT	Branca	<i>Homem</i>	Heterossexual	Católica

Fonte: Elaboração própria, 2024.

3.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Após a etapa de análise de dados e com auxílio das categorias temáticas pré determinadas segundo os eixos da PNSILGBT, foram formuladas suas respectivas subcategorias, organizadas no Quadro 2.

Ainda, encontram-se no Quadro 3, as UR referentes a cada subcategoria, seguidas da frequência em que aparecem nos discursos dos participantes.

Quadro 2 - Organização das categorias de análise e suas respectivas subcategorias

Categorias	Subcategorias
Eixo 1- Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde	Percepções sobre o acesso e as barreiras de acesso à saúde de pessoas trans e travestis
	Estratégias gerais para redução das barreiras de acesso à saúde de pessoas trans e travestis
Eixo 2 - Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT	A qualidade dos registros eletrônicos e o impacto no cuidado em saúde da população trans e travesti
	Cuidados afirmativos de gênero como ferramenta para mitigar a violência institucional na saúde
Eixo 3 - Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT	A capacitação técnica profissional para viabilizar a aproximação de usuários trans e travestis à saúde
	A PNSILGBT na prática profissional
Eixo 4 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT	O papel da APS no cuidado trans e travesti
	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Quadro 3 - Unidades de registro e frequência de ocorrência em cada subcategoria

Categorias	Subcategorias	UR	Número de ocorrências
Eixo 1	Percepções sobre o acesso e as barreiras de acesso à saúde de pessoas trans e travestis	Baixo acesso	22
		Transfobia	21
Ausência de usuários trans e travestis no Colegiado Gestor		16	
Nome social		11	
Adesão à continuidade do cuidado		4	
Religiosidade		4	
Eixo 2	Estratégias gerais para redução das barreiras de acesso à saúde de pessoas trans e travestis	Atividades coletivas	6
		Compartilhamento do cuidado	6
Eixo 2	A qualidade dos registros eletrônicos e o impacto no cuidado em saúde da população trans e travesti	Reunião multiprofissional	4
		Advocacy	3
Eixo 2	Cuidados afirmativos de gênero como ferramenta para mitigar a violência institucional na saúde	Cadastramento no prontuário eletrônico	13
		Registro eletrônico incorreto	8
Eixo 3	A capacitação técnica profissional para viabilizar a aproximação de usuários trans e travestis à saúde	Desconhecimento do profissional sobre cadastros trans e travestis	6
		Melhoria na qualidade dos registros eletrônicos	5
Eixo 3	A PNSILGBT na prática profissional	Violação institucional na saúde	21
		Treinamento da equipe	21
Eixo 4	O papel da APS no cuidado trans e travesti	Determinação social em saúde	19
		Conforto ao atender um paciente trans e travesti	18
Eixo 4	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Abordagem comunitária	12
		Ambiência	9
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Vínculo	3
		Uso de material de apoio	18
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Residência em saúde da família	11
		Violência institucional acadêmica	5
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Espaços de educação continuada	5
		Matriciamento	2
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Pouca familiaridade com a PNSILGBT	7
		Conhecimento da PNSILGBT	6
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Desconhecimento da PNSILGBT	4
		Atributos da APS	23
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Saúde sexual	15
		Cuidado descentralizado	13
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Saúde mental	7
		Cuidados relativos às transformações corporais	6
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Serviços especializados em saúde trans e travesti	6
		Dados em saúde	17
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Ausência de indicador específico para o cuidado trans e travesti	15
		Prevenção de doenças	7
Eixo 3	A ausência de indicador para o cuidado trans e travesti e o impacto no processo de vigilância em saúde dessa população	Monitoramento por indicadores existentes	4
		Políticas públicas	4

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Importante ressaltar que a percepção dos participantes das entrevistas sobre as barreiras de acesso à saúde da população trans e travesti foi, portanto, analisada segundo estes eixos, destacando questões que impactam no acesso à saúde através de suas compreensões sobre a organização do acesso propriamente dito; ações relativas à promoção e vigilância em saúde; espaços de capacitação técnica; e processo de monitoramento em saúde da população trans e travesti.

3.2.1 EIXO 1: ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

3.2.1.1 PERCEPÇÕES SOBRE O ACESSO E AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS TRANS E TRAVESTIS

Essa subcategoria foi composta por 6 UR, como demonstrado no Quadro 3, que se relacionam à percepção geral dos participantes sobre o acesso e as barreiras de acesso à população trans e travesti em suas unidades de saúde.

Segundo Soled *et al.* (2022), são poucos os estudos que investigaram o ponto de vista de profissionais de saúde sobre os facilitadores e as barreiras de acesso em relação à população trans e travesti. Sabe-se, entretanto, que essa perspectiva é importante para possibilitar a construção de soluções e intervenções na prestação de cuidados voltados a este grupo populacional. Nesse sentido, um dos pontos mais frequentemente levantados pelos médicos e enfermeiros entrevistados nessa pesquisa refere-se à clareza de que esses usuários acessam muito pouco ou quase nada o serviço de saúde, como é possível verificar nas seguintes falas:

“Eu tenho poucos pacientes trans, que eu esteja me lembrando agora são dois homens trans e duas mulheres trans, que assim, eu tenho quatro mil pacientes, né? E eu tenho com certeza muito mais” (M1).

“Pelo menos os atendimentos que eu fiz, que também não foram muitos, já que é uma população que ainda acessa pouco a unidade de saúde” (E2).

“Na minha equipe eu não tenho muitos pacientes que são trans” (E5).

“A gente não tem muito. Acho que é um grupo que não acessa muito [...] na minha equipe eu tenho um, nesse um ano e pouco que eu to, eu atendi um trans” (E6).

“Acho que não são muitos, mas eles existem. Às vezes eu até me pergunto, ‘cara, será que eu realmente só tenho uma paciente trans que eu saiba?’ [...] Eu consigo identificar que esses usuários vêm, mas eu tenho lá minhas dúvidas se são tão poucos assim mesmo” (M5).

“Aqui a gente não tem população trans acessando muito. Apesar de ter muitas mulheres trans na comunidade, elas não vêm aqui” (M8).

Essa escassez de corpos trans e travestis nas unidades é resultado, portanto, das barreiras de acesso aos cuidados em saúde, ou seja, obstáculos persistentes resultantes de desigualdades sociais, econômicas e até ambientais que dificultam o acesso aos serviços e o alcance do pleno potencial de saúde de grupos marginalizados (Sharma; Shaver; Stephenson, 2019). Como consequência de uma construção histórica baseada em um modelo de cuidado em saúde cisheteronormativo, indivíduos LGBTQIAPN+ apresentam menor expectativa e baixa qualidade de vida, além de maior incidência de doenças agudas e crônicas, aumentando os custos para a sociedade (Gahagan; Subirana-Malaret, 2018). Dentro desse grupo populacional, o segmento trans é o que mais sofre dificuldades no acesso à saúde, seja por demandarem questões específicas, com os processos de redesignação de gênero, como pelos episódios de transfobia vivenciados nos serviços de saúde (Roncon *et al.*, 2020).

Apesar de previsto desde 2006 pela Carta dos Direitos dos Usuários no SUS, o atendimento na RAS livre de discriminação, acolhedor e humanizado não é uma realidade (Brasil, 2006). A transfobia institucionalizada nos serviços de saúde produz sofrimento e contribui para o adoecimento e a morte dessa população. Pode ser representada pelo desrespeito ao nome social, humilhação por meio de deboches e patologização das identidades trans e travestis, muitas das vezes legitimadas por discursos religiosos ou médico-científicos (Roncon *et al.*, 2019; Roncon *et al.*, 2020). Percebe-se que os participantes têm consciência do ambiente discriminatório das unidades de saúde, apontando posturas profissionais antiéticas e o não uso do nome social, como demonstrado nas seguintes falas:

“Aqui em específico eu percebo um conservadorismo muito grande assim dos ACS, dos profissionais da limpeza, dos porteiros...” (M4).

“Conversei com outra médica na unidade que tem de ser desgastado muito com a equipe pra falar sobre sexualidade, sobre população de LGBT e... que o quanto que isso é difícil de, às vezes, ignorar uma piada ou tipo ter que intervir em todas elas” (M6).

“Eu percebo que tem um desafio às vezes no registro do prontuário sobre a orientação sexual e gênero, muitas vezes chega o nome morto” (M3).

A partir do momento em que profissionais de saúde desrespeitam o nome social e o pronome de tratamento na assistência aos usuários trans e travestis, há reprodução de situações humilhantes e vexatórias, deslocando-os para construções de gênero das quais buscam constantemente se desprender e negando o reconhecimento de suas identidades de gênero. Especificamente em relação ao nome social, sabe-se que seu emprego é considerado uma ferramenta de acesso da população trans e travesti ao serviço de saúde, além de favorecer o vínculo e a permanência nos cuidados em saúde (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018). Além disso, segundo Russel *et al.* (2018), existe uma direta relação entre o respeito ao nome social e a redução de sintomas depressivos, ideação e comportamento suicida.

Como um dos resultados da violência institucional, usuários trans e travestis, mesmo quando adoecidos, resistem em procurar os serviços de saúde, além de ser marcante o absenteísmo e o abandono de tratamentos contínuos (Roncon *et al.*, 2019). Isso é perceptível aos profissionais de saúde entrevistados, como pode-se verificar nos discursos a seguir:

“A gente não consegue manter uma constância, assim, de acompanhamento, entendeu? Vem, passa, às vezes, por uma questão ali específica. A gente resolve na hora, marca o retorno ou pede pra voltar e nem sempre volta, né?” (E2).

“Uma tá aguardando fazer os exames pra começar a fazer a hormonização, mas ainda assim, toda vez esquece de fazer os exames, trabalha no McDonald's, então é um trabalho bem precarizado... então eles não estão conseguindo muito fazer os exames pra gente conseguir começar a hormonização” (M4).

Como levantado nessa última fala, a questão do acesso ao mercado de trabalho também está relacionada à vulnerabilização dessa população. Dados apontam que apenas 4% da população transfeminina encontra-se em empregos formais e 6% em atividades informais e subempregos, sendo, portanto, 90% das mulheres trans e travestis valendo-se da prostituição como fonte primária de renda (Acontece; ANTRA; ABGLT, 2023). A precarização do trabalho traz como uma das consequências a dificuldade de adesão à continuidade do cuidado, mesmo que este seja proposto por profissionais de saúde sensíveis, acolhedores e dispostos a prestar essa assistência.

Já em relação à religião, alguns autores apontam que profissionais de saúde tendem a usar suas crenças religiosas para justificar o não acolhimento desses usuários, referir desconforto no atendimento e praticar atitudes menos favoráveis à população LGBTQIAPN+ no geral, em especial aos trans e travestis (Seretlo; Mokgatle, 2023; Sharma; Shaver; Stephenson, 2019). É possível perceber, pelas falas dos entrevistados, a associação da religiosidade com, principalmente, os ACS que, aparentemente praticam religiões mais conservadoras e, com isso, tendem a exercer atitudes transfóbicas com maior frequência:

“As ACS, elas vivem na comunidade, a maioria daqui tem uma religiosidade que é a religião que é mais preconceituosa, assim, ou com as coisas, não sei se tipo contra, mas que julga, né?” (E7).

“Sobre essa questão da religiosidade, às vezes a gente tem que fazer esse trabalho com a ACS, porque quer chamar a pessoa trans pelo nome que está no papel, pelo nome que está em vez do nome social” (E8).

Como uma das diretrizes organizativas do SUS, tem-se a participação comunitária, regulamentada pela Lei nº 8.142/90. Propõe-se que deve ocorrer a partir da atuação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal, e ainda, através da participação em colegiados gestores nos serviços de saúde (Rodrigues *et al.*, 2021). Com relação a este tópico, todos os participantes das entrevistas afirmaram que em suas unidades há a prática frequente, geralmente mensal, dos encontros do Colegiado Gestor. Caracterizam-se por reuniões entre profissionais de saúde e

usuários, que exercem seus papéis de cidadãos e participam de decisões referentes aos serviços da unidade e são essenciais para que a política de saúde brasileira se consolide de maneira universal, reconhecendo as desigualdades em saúde e criando soluções para minimizá-las (Cordeiro, 2022). Além disso, é por meio da participação popular no SUS que pretende-se construir uma democracia participativa, em que os usuários influenciam, avaliam e fiscalizam a execução das políticas de saúde (Rodrigues *et al.*, 2021).

Contudo, a resposta de que usuários trans e travestis não acessam esse espaço foi unânime, além de terem sido expressas críticas em relação ao fato de, em sua grande maioria, os Conselhos Gestores apresentarem-se esvaziados e com interesses pessoais em discussão, reduzindo seu potencial de transformação social e no SUS, como pode ser observado em:

“É, eu nunca vi ninguém, nenhuma pessoa trans [...] talvez não saibam nem se podem ocupar esse espaço” (M1).

“E o colegiado de gestor, acho que ele tá meio... ele tá precisando passar por uma renovada, assim... Tá vindo poucas pessoas, tá bem mais parado, assim. Precisando passar por uma divulgação maior. Mas acho que não seria um ambiente acolhedor pela... assim, acho que a pessoa trans que vier, seria a única né?” (M3).

“Mas não tinha participação da população trans nem LGBT. A participação é a participação de uns líderes comunitários que puxam os interesses deles, basicamente” (M8).

“Não acessam. A gente já não tem muita participação da comunidade nesse espaço...” (E6).

O estímulo à participação e ao controle social por parte dos usuários LGBTQIAPN+ e, mais especificamente, da população trans e travesti, faz parte do atributo de orientação comunitária da APS, que potencialmente reduz iniquidades sociais e em saúde. É fundamental garantir a representatividade nas diversas instâncias de controle social para que suas demandas sejam pautadas e, então, se incentive o fortalecimento da atenção à saúde das minorias sexuais e de gênero no

SUS. Sugestões envolvem convidar lideranças comunitárias pertencentes a esse grupo populacional para os encontros do Conselho Gestor e estabelecer parcerias com organizações LGBTQIAPN+ para atividades comunitárias (Rodrigues *et al.*, 2021).

3.2.1.2 ESTRATÉGIAS GERAIS PARA REDUÇÃO DAS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS TRANS E TRAVESTIS

Nesse tópico serão trazidas algumas estratégias que podem se configurar como facilitadores do acesso à saúde, segundo os profissionais de saúde, sendo outras mencionadas posteriormente, ao longo do texto. Foram levantadas 4 UR, segundo demonstrado no Quadro 3.

Pode-se entender a prática de grupos em saúde como um facilitador do acesso à RAS, na medida em que o sentimento de identificação comunitária relaciona-se a melhores indicadores de saúde. No município do Rio de Janeiro, segundo a Carteira de Serviços da SMS RJ, documento norteador da prática assistencial, é considerado um serviço essencial que deve ser prestado na APS (Oliveira; Teixeira; Costa, 2023; SMS RJ, 2021). Quando questionados sobre a presença de algum serviço ou ação específica à população trans e travesti em sua unidade de saúde, apenas os profissionais lotados na CF AMCSC responderam de maneira afirmativa, mencionando a existência de um grupo em saúde voltado à população LGBTQIAPN+, com participação majoritária de usuários transmasculinos. Entretanto, o que se percebe também é a “pessoalização do cuidado trans”, isto é, o grupo acaba ficando sob responsabilidade de poucos profissionais, no geral, residentes, os quais têm um tempo limitado no serviço e, assim, quando finalizam sua trajetória na unidade, a atividade tende a perder força. Médicos e enfermeiros das demais unidades parecem acreditar que ações voltadas a essa população deveriam ocorrer com mais frequência, podendo ser uma maneira de atrair usuários trans e travestis para os cuidados em saúde, como se vê nas falas a seguir:

“Eu acho que talvez se a gente tivesse um espaço ou então se a gente falasse mais abertamente sobre a população trans num lugar que eles sintam que eles podem ser acolhidos, acho que ia ser mais fácil para eles acessarem” (M8).

“Acho que a gente poderia fazer algumas campanhas de invisibilidade trans, essas coisas” (E7).

As relações multiprofissionais e intra equipe de saúde da família são muito potentes para a garantia da integralidade do cuidado do usuário trans e travesti. Muitas das ações desenvolvidas por profissionais médicos podem também ser compartilhadas e reproduzidas por outros membros da equipe. Questões específicas à medicina referem-se à prescrição de hormônios, avaliação de condições relacionadas ao processo de hormonização, assim como diagnósticos clínicos e encaminhamentos adequados. Nesse sentido, a responsabilidade da abordagem e do cuidado de situações de sofrimento de saúde mental é de todos da equipe, não devendo ser exclusividade de psiquiatras e psicólogos (SMS SP, 2023).

Reuniões de equipe e reuniões com profissionais técnicos configuram-se como espaços de troca de conhecimento e de educação continuada, alinhamento de fluxos e orientações aos profissionais para o funcionamento adequado dos serviços. Percebe-se, com a fala dos participantes, que esses momentos são essenciais para discussões importantes, como a seguir:

“Mas já tivemos algumas conversas na unidade em relação à identificação, no nome social, sobre população LGBT, particularmente da minha equipe de educação continuada, de falar sobre demandas de saúde da população, que também não é só a ideia da hormonização, todas as outras questões de saúde” (M6).

“A gente falou na reunião técnica já, como é o processo de proceder, que é o nome da pessoa que quer ser chamada e tal” (M3).

No contexto da saúde, o conceito de *advocacy* relaciona-se a promover intencionalmente ações que apoiam e defendem uma causa, a fim de reduzir o impacto dos determinantes sociais em saúde em populações vulneráveis (Hubinette *et al.*, 2017). Garantir o acesso aos cuidados, combater situações discriminatórias, auxiliar na garantia de encaminhamentos em uma RAS acolhedora e mobilizar os serviços para efetivação das políticas públicas de saúde são exemplos de atitudes que envolvem esse tipo de cuidado à população trans e travesti. Nos discursos dos profissionais entrevistados, foi possível perceber o *advocacy* com relação à

certificação do uso do nome social por outros membros da equipe, considerando que nem sempre estavam corretamente indicados ou registrados no prontuário eletrônico:

“Eu já deixei na própria descrição, porque o nome social ainda não estava. Aí eu deixei “chamar por Bianca”, para ela não ter esse constrangimento quando chamassem ela” (E5).

“Aí depois que eu fui identificar que era o nome morto. Aí é sorte que eu consegui identificar isso e mudar” (E6).

3.2.2 EIXO 2: AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

3.2.2.1 A QUALIDADE DOS REGISTROS ELETRÔNICOS E O IMPACTO NO CUIDADO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS E TRAVESTI

Foram distinguidas 4 UR relacionadas aos registros e aos sistemas eletrônicos utilizados na APS do RJ, como demonstrado no Quadro 3. Serão discutidas aqui como essas questões atravessam o cuidado do usuário trans e travesti, segundo os profissionais de saúde entrevistados.

É fundamental que o usuário tenha seu cadastro atualizado e devidamente preenchido, com as informações nos campos corretos, sendo importante que os sistemas eletrônicos se adequem às variações de gênero de identificação, possibilitem o cadastramento do gênero designado ao nascimento e permitam a solicitação de exames (Mikulak *et al.*, 2021; Nisly *et al.*, 2018). Muitos participantes mencionam dificuldades com relação ao prontuário eletrônico utilizado no município do RJ, o *VitaCare*®. Além de apresentar o nome de registro (ou nome morto) em evidência no cadastro do usuário, mesmo quando o nome social é preenchido no campo correto, facilitando o equívoco dos profissionais de saúde, o prontuário eletrônico municipal não permite a solicitação de determinados exames se não houver conformidade com o gênero cadastrado. O exame citopatológico, por exemplo, não pode ser solicitado para usuários com gênero masculino definido no prontuário. Assim, o cuidado integral e preventivo de pessoas trans e travestis é

prejudicado, na medida em que o sistema eletrônico é inflexível e baseado em uma perspectiva binária e cisheteronormativa. Essas situações são demonstradas nos seguintes trechos:

“Teve um problema no passado em que mesmo você colocando o nome social, ele sumia e você tinha que procurar pelo nome morto, o nome de registro daquela pessoa, pesquisar. Hoje, a forma como você vê no prontuário é ficar entre parênteses, né? É o que é meio ruim, mas é menos pior do que o outro” (M6).

“Em relação até mesmo no *VitaCare*®, quando faz a mudança feminino, aí passa para masculino, não me deixa fazer coleta de preventivo, por exemplo. Um homem trans que se identifica como homem, eu tenho que deixar ele como feminino no *VitaCare*, porque senão eu não consigo colher o preventivo dele. Então acho que isso é uma forma de barreira de acesso” (E6).

Percebe-se, através da fala da primeira participante, que apesar de aparentemente ter passado por atualização, o sistema eletrônico municipal ainda apresenta o nome social e o nome morto com destaque no cadastro, sendo o primeiro entre parênteses. Essa disposição de informações facilita a possibilidade de erros por parte dos profissionais de saúde, sobretudo considerando o cenário de sobrecarga e extenuação dos trabalhadores, que propicia, por si só, desatenção e ocorrência de falhas. Ademais, cabe o questionamento de como é possível garantir a integralidade do cuidado quando não se é permitido solicitar exames indicados nos rastreios oncológicos de acordo com os órgãos genitais do indivíduo. Segundo o Protocolo para o Cuidado Integral à Saúde de Pessoas Trans, Travestis ou com Vivências de Variabilidade de Gênero no Município de São Paulo da SMS SP (2023), quando há dificuldades no agendamento e na coleta de procedimentos ginecológicos para usuários com “sexo” retificado no prontuário, a Supervisão Técnica de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde devem ser acionadas.

Para além do nome social e de registro, é importante conter, no cadastro, as seguintes informações do usuário: pronome pelo qual deseja ser chamado; sexo atribuído ao nascimento; inventário anatômico, ou seja, quais órgãos permanecem e quais sofreram procedimentos cirúrgicos; parceira(s) sexuais, identidade de gênero e orientação sexual. Algumas dessas perguntas podem ser realizadas durante a consulta, garantindo maior privacidade e vínculo. Entretanto, independentemente de onde for realizado o cadastro do usuário, seja em consulta, com a equipe técnica,

ou no guichê, com os ACS, como ocorre no município do RJ, é fundamental que as perguntas sejam realizadas de maneira adequada e não cisheteronormatizantes. Deve-se explicitar todas as alternativas referentes às respostas das perguntas, aumentando a acurácia das informações, mesmo que para isso, talvez seja necessário explicá-las de maneira clara e compreensível (Figueiredo; Melo; Junior, 2021).

Se o usuário declarar um nome discordante de seus documentos oficiais, deve-se cadastrá-lo como nome social, imprimir novo Cartão Nacional do SUS (CNS) e registrá-lo no prontuário. É, também, necessário inserir esse novo dado no Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) no campo “nome social”, sem substituir o nome de registro civil, a não ser que o indivíduo já tenha realizado retificação dos seus documentos, sendo, então, o nome social preenchido no campo “nome completo”. A inclusão do nome social no SIGA gera atualização automática no sistema de Gestão de Sistemas em Saúde, utilizado pela assistência farmacêutica. Ainda, é imprescindível que o cadastro no SIGA inclua o Cadastro de Pessoa Física (CPF) do usuário, garantindo que os exames solicitados e coletados sejam entregues com o nome social (SMS SP, 2023).

Para tanto, percebe-se a necessidade de treinamento de toda a equipe, tanto em relação à conceituação dos termos e à habilidade de comunicação, quanto aos processos de retificação dos documentos, que alterariam o cadastro do usuário. Os entrevistados, quando questionados sobre suas percepções sobre o preenchimento das informações de identidade de gênero e orientação sexual pelos ACS, referem, em sua maioria, má qualidade do cadastro e, mesmo quando esses dados estão presentes no prontuário, há dúvidas se de fato foram perguntados ou se tratam-se de presunções baseadas em estereótipos, como verifica-se nos seguintes trechos:

“No geral, está preenchido no cadastro, mas eu não sei se eles perguntam ativamente ou se eles só pressupõem, assim como raça” (M4).

“Não sei se eles perguntam, mas muitas vezes no consultório a gente descobre que não... é discordante da informação do prontuário. Eu não sei se eles pressupõem que a pessoa é heterossexual ou homossexual, ou se só não perguntam, pressupõe, ou se a pessoa fala que é” (M7).

Dos 18 profissionais de saúde entrevistados, cinco responderam não perceber se as informações de identidade de gênero e de orientação sexual são preenchidas no prontuário, enquanto que quatro identificaram melhoria na qualidade dos registros por parte dos ACS, devido a treinamentos oferecido pela gestão e a momentos de educação continuada intra equipe. Assim, apesar de ser possível questionar se a integralidade do cuidado como um atributo da APS tem de fato sido colocado em prática, parece haver esperança no sentido da efetivação dos direitos dos usuários trans e travestis quanto ao correto cadastro de suas informações pessoais no prontuário.

3.2.2.2 CUIDADOS AFIRMATIVOS DE GÊNERO COMO FERRAMENTA PARA MITIGAR A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Nessa subcategoria foram identificadas 7 UR que se referem a boas práticas nos cuidados de saúde de pessoas trans e travestis, atendendo integralmente às suas necessidades de saúde física, mental e social junto à respeitosa reiteração de suas identidades de gênero, o que é reconhecido como cuidados afirmativos de gênero (Vries E; Kathard, H; Muller, A, 2020). As UR e suas frequências de aparição estão evidenciadas no Quadro 3. A ideia desta discussão é relacionar essa prática assistencial a uma estratégia para redução da violência institucional nos serviços de saúde.

Quando questionados se identificam violência institucional às pessoas trans e travestis em suas unidades de saúde, 12 entrevistados responderam afirmativamente e seis negaram. Do primeiro grupo, uma das profissionais relata nunca ter presenciado efetivamente uma situação, mas conclui que a “simples” inexistência de usuários trans no serviço deve ser fruto da violência institucional, que culmina na ausência desses usuários na rede e nos cuidados em saúde:

“Considerando que eu nunca vi, acho que sim, né? Que com certeza tem mais que um. Eu soube de um semana passada, deve ter mais. Então, acho que... Poderia ser um tipo de violência, né? Porque eles são invisíveis, né? Nem vi. Não é pra ninguém ser invisível” (M9).

Os demais participantes que responderam afirmativamente trouxeram questões relacionadas a microagressões vivenciadas por pessoas trans e travestis

nas unidades de saúde, isto é, formas sutis de discriminação, intencionais ou não, que comunicam mensagens hostis a grupos marginalizados, como pode-se verificar nas falas a seguir:

“Eu identifico, não aquela violência direta de xingamentos e coisas do tipo, eu acho que as pessoas tem um pouco mais de consciência, talvez medo de serem assim dentro desse espaço de saúde, porque sabem que vão ser cerceadas. Mas é... eu vejo, já vi, já presenciei, essa coisa de... ah, errar o pronome, errar o nome, chamar de ele quando é ela, essas mini violências, enfim, que são de fato institucionalizadas” (M1).

“Acho que a partir do momento que ele chega lá na frente e ele não se sente bem assim, pela forma com que é tratado ou até pelo nome mesmo, acho que é um tipo de violência já [...] Não precisa ser uma violência assim, escancarada assim, mas acho que já é uma violência já” (E5).

“Eu acho que sim, porque falas preconceituosas são um tipo de violência, né? [...] Então eu acho que sim” (M8).

A transfobia também se apresenta por meio de crenças estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde, impactando na garantia de direitos fundamentais a essa população, como a equidade e a universalidade (Roncon *et al.*, 2020). De acordo com Soled *et al.* (2022), são três os estereótipos centrais de pessoas trans e travestis: sexualmente promíscuos, homossexuais enrustidos e pacientes difíceis, sendo todas generalizações negativas. Nesse sentido, são testados excessivamente para ISTs com a justificativa de terem “comportamento sexual de risco”. No que tange à questão de serem considerados pacientes difíceis, os autores apontam que se referem sobretudo às mulheres trans com história de vida complexas e com transtornos de saúde mental associados, considerando maior incidência nessa população. Essas crenças podem ser encontradas também em alguns discursos, como a seguir:

“Eu acho que o desconforto não é com a pessoa, o desconforto é com que aquela pessoa vai te falar, né? Aquela dor que você vai presenciar [...] pra mim é muito desafiador, mas não pela pessoa ser trans, mas pela história que rege a vida dela. Que normalmente ela traz né?” (M1).

“Plano de testagem de ISTs né? Sempre vai só pros eventos LGBT. Isso acaba que mais... é... mais estigmatiza do que chama pro cuidado... Você não vê esse tipo de ação em eventos, digamos assim, em eventos hétero” (M2).

A reorganização estrutural dos serviços de saúde deve ser levada em consideração como um método para mitigar a violência institucional. O ambiente torna-se menos acolhedor às pessoas trans e travestis com a existência de banheiros de gêneros binários e a ausência de placas e de materiais educativos, mostrando ser um espaço seguro, visíveis para usuários e profissionais de saúde. De acordo com Abreu *et al.* (2022), a ambiência configura-se como um importante recurso de pertencimento aos espaços públicos de saúde e, por isso, a unidade de saúde deve realizar mudanças estruturais que indiquem a esse público que se trata de um local protegido. Uma das participantes menciona a sala de atendimento de “Saúde da Mulher”, projetada para realização de procedimentos ginecológicos, com padronagem seguindo uma lógica binária e heteronormativa:

“É saúde da mulher ou é saúde da pessoa com vagina? [...] a sala! Cheia de florzinhas, coisas assim, bem padrão feminino da da sociedade. Rosa, flores...” (M1).

Não é difícil imaginar o desconforto durante um exame ginecológico de um usuário transmasculino, que por si só já é delicado, sendo realizado em uma sala estruturada sob um padrão feminino, tal qual é imposto socialmente e o qual possivelmente é aquele que queira se desvencilhar. Além disso, os sistemas eletrônicos também devem sofrer atualizações a fim de se pensar em ambiência inclusiva a esse público, devendo ser realizadas para permitir melhor acolhimento aos usuários com variações de gênero.

Infere-se que para a adequada prática dos cuidados afirmativos de gênero, é essencial que haja treinamento e capacitação de toda a equipe multiprofissional, sobretudo com relação à comunicação e à linguagem. Questionar e respeitar o pronome de escolha e o nome social é dever do profissional de saúde no SUS, mas também é importante que, para a garantia do cuidado integral e humanizado, os trabalhadores da saúde saibam orientar os pacientes trans e travestis quanto à retificação dos documentos e demais questões legais (ACOG, 2021; Nisly *et al.*,

2018). Alguns participantes criticam a falta de capacitação técnica referindo-se principalmente ao acolhimento no guichê, que é realizados pelos ACS na cidade do RJ, como:

“Eu acho que falta essa parte de perguntar, como você quer ser chamado, como você quer que eu me dirija a você. Acho que... é muito mais quando tem a troca da documentação, tem toda essa questão de fazer a troca no cadastro. Mas quando é uma questão de identificação, de como eu quero ser chamada, eu ainda sinto falta dessa capacitação, lá do acolhimento” (E6).

“Para os ACS acho que a confusão principal é do que é gênero e sexualidade, sempre tem essa dúvida” (M6).

A escassez de espaços de capacitação técnica voltados a essa temática e, mais ainda, direcionados aos ACS é uma realidade na APS do RJ. Lacunas de conhecimentos exacerbam disparidades em saúde e, assim, a dificuldade de acesso a profissionais de saúde qualificados aumenta a importância da oferta de um cuidado inclusivo, sensível e afirmativo (ACOG, 2021; Vries; Kathard; Muller, 2020).

Em contrapartida, valendo-se da proximidade da unidade básica de saúde com o território e a população que o ocupa, a competência cultural e abordagem comunitária são ferramentas que auxiliam na efetivação dos cuidados afirmativos de gênero. Ainda com relação aos ACS, é papel destes profissionais identificar pessoas trans e travestis no território, cadastrá-las na unidade e orientar sobre os serviços oferecidos. O acolhimento extramuros, através de, por exemplo, a visita domiciliar de usuários trans e travestis é um passo fundamental para o acesso ao SUS, considerando que essas pessoas usualmente se encontram em situação de vulnerabilidade e, por isso, não buscam ou mesmo evitam os serviços de saúde (SMS SP, 2023). Segundo os entrevistados, ações relativas à abordagem comunitária podem servir como estratégias para atrair usuários trans e travestis aos cuidados em saúde, como as seguintes falas:

“A gente se colocar mais no território, mais voltado para isso. Não só fazer aquela visita pontual do acamado, da grávida que faltou... Talvez se expor mais na rua, uma vez que a Estratégia tem esse privilégio, de poder fazer atendimento na rua, diferente de outros modelos de atenção [...] precisa procurar o problema *in locu*, não

esperar ele vir até nós [...] eu penso que talvez... talvez seriam um caminho deles acharem a gente... mais acessíveis né?” (E4).

“Uma busca ativa com certeza seria muito, muito efetivo dos ACS em relação à população. Eu acho que seria o principal, o começo de tudo para a gente ter ideia de quantas pessoas estamos falando” (M10).

Pode-se relacionar esta última fala à ferramenta do diagnóstico situacional ou diagnóstico de saúde da comunidade, um estudo da população e do território para levantamento de informações e, com isso, planejamento de ações em saúde voltadas às reais necessidades da comunidade. Para tanto, é necessário treinamento dos profissionais para abordagem da diversidade sexual e de gênero, além de ser preciso considerar diferentes estratégias para captar a população trans e travestis nesse processo (Bastos; Bastos; Caballero, 2019; Rodrigues *et al.*, 2021). Compreender as reais necessidades e demandas em saúde desses usuários pode permitir um melhor entendimento das barreiras de acesso à saúde, possibilitando a abordagem sistêmica e local, com práticas individuais (Mikulak *et al.*, 2021).

A temática da diversidade sexual e de gênero deve ser transversalizada em ações já realizadas nas unidades, como grupos de gestantes e adolescentes e a divulgação destes serviços pode ocorrer por meio de avisos em mídias sociais, distribuição de folhetos pelos ACS, assim como podem ser realizados em espaços comunitários no território (Rodrigues *et al.*, 2021). O planejamento de ações de promoção de saúde como estratégia para aproximar pessoas trans e travestis da unidade foi também mencionado pelos profissionais de saúde entrevistados, como se vê a seguir:

“Tipo quando a gente se mostra mais aberto, sei lá, um dia sobre a população LGBT, ter palestras, falar que a unidade está aberta para isso para eles verem que a nossa unidade faz esse tipo de atendimento, esse acolhimento” (M8).

“Eu imagino fazer alguma ação de dizer que é um ambiente seguro, de reafirmar... que é importante trazer essa reafirmação. Deixar as equipes cientes para casos no território, entender o que são barreiras de acesso, que são pessoas que demandam maior investimento de atenção, de conexão, formação de vínculo” (M3).

O estabelecimento de vínculo, inclusive, é também considerado um ponto importante na oferta de cuidados afirmativos de gênero, na medida em que, segundo Soled *et al.* (2022), cria um espaço seguro e se traduz como uma tentativa de reduzir a hierarquia de poder entre profissional de saúde e paciente. Dessa forma, o usuário sente-se mais confortável e à vontade, além de mais confiante no processo do cuidado em saúde. Os entrevistados levantaram a importância do vínculo ao abordar questões de identidade de gênero e orientação sexual dos usuários, em que, a maioria respondeu que realiza essas perguntas quando são trazidas pelo paciente. Duas participantes mencionaram o vínculo com o usuário para também se sentirem mais confortáveis para abordarem diversidade sexual e de gênero em consulta, como:

“Realmente eu direciono para o paciente que tem essa abertura, se a queixa faz diferença saber [...] eu pergunto com um pouco mais de vínculo” (M4).

“Se eu pergunto e a pessoa se sente confortável, acho que ela se sente mais bem acolhida e cria um vínculo melhor entre eu e o paciente” (M8).

Quanto ao sentimento dos profissionais de saúde ao assistirem uma pessoa trans e travesti, estudos apontam que é comum sentirem-se desconfortáveis e ansiosos e que esses sentimentos relacionam-se com a baixa qualificação técnica e pouca experiência clínica com esses usuários. A maioria dos profissionais de saúde que colhe história sexual de seus pacientes, não rastreia atividades sexuais não heterossexuais. Assim, o investimento na capacitação profissional é fundamental, incorporando essa temática nos currículos da graduação e pós graduação, mas também em estratégias para aproximar essa população dos serviços, permitindo que o contato seja cada vez mais frequente e desmistificado. Há, ainda, a recomendação de normalizar a comunicação acerca desse tópico, frequentemente estigmatizado (Gahagan; Subirana-Malaret, 2018; Soled *et al.*, 2022). Apenas uma participante das entrevistas referiu sentir-se desconfortável em consultas com esse público, justificando-se pela falta de preparo:

“Eu me sinto muito despreparada. Às vezes eu fico em casa pensando várias coisas, eu não me sinto confortável, não me sinto preparada para esse tipo de atendimento [...] conhecimento técnico e de saber como abordar sem ser preconceituosa, usar uma fala sem querer preconceituosa, para mim é bem complexo, acho bem difícil” (M8).

Já os demais entrevistados relataram sentirem-se confortáveis ao atender um usuário trans e travesti, apontando, contudo, o incômodo referente à falta de qualificação técnica em diversidade sexual e de gênero. Alguns mencionam pertencerem ao grupo LGBTQIAPN+ e possuem contato pessoal com indivíduos desse grupo como questões facilitadoras. A percepção de não ter conhecimento suficiente é mais comum para pacientes trans, quando comparados aos demais pertencentes ao grupo LGBTQIAPN+. Por outro lado, a proximidade pessoal pode potencialmente auxiliar na construção de um ambiente de saúde inclusivo, aumentando o conforto do profissional ao abordar situações específicas do mundo LGBTQIAPN+ (Gahagan; Subirana-Malaret, 2018).

A oferta de cuidados afirmativos de gênero envolve, portanto, a necessidade de ampliar o olhar e assistir integralmente aquele indivíduo. Para tanto, é essencial compreender e considerar os determinantes sociais em saúde, definidos pela OMS como as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e os sistemas que delineiam a vida cotidiana, como a economia, os sistemas políticos e as políticas sociais. Eles têm uma importante influência nas desigualdades em saúde e são responsáveis por 30 a 55% dos resultados em saúde, impactando mais no processo saúde-doença do que os próprios cuidados individuais (OMS, 2013). Os entrevistados demonstram compreensão da interferência fatores biopsicossociais no processo saúde-doença das pessoas trans e travestis, e, assim, da determinação social em saúde, como se observa nas seguintes falas:

“Se a gente tá com o objetivo de abordar integralmente a pessoa, a transexualidade ela gera uma série de impactos na vida daquela pessoa, então não tem como você tratar é... a doença ali puramente fisiopatológica e ignorar que existem fatores biopsicossociais interferindo no processo de adoecimento daquela pessoa” (M1).

“Eu acho que é um atravessamento... de... de preconceito mesmo, que eles vivem, e aí vai gerando uma cascata de coisas que geram adoecimento, então o abandono da família, a falta de acesso em

saúde, então acaba buscando cuidado em saúde quando as questões já estão um pouco mais agravadas” (M4).

“É uma população marginalizada, que vive... para além de não ter direito a coisas básicas como saúde de qualidade, de lazer, não tem direito ao trabalho de uma forma organizada [...] e isso faz com que essa pessoa esteja adoecida. Adoecida... ou enfim, facilite tá em espaços de violência, né? E eu acho que principalmente o fato de ser negado o direito a acessar o que qualquer outra pessoa deveria também estar acessando em relação à Constituição mesmo. Então é isso, não é só sobre saúde, né? Sobre todas as outras coisas que a gente sabe que afeta a nossa saúde, né? Trabalho, relacionamento, família, né? E etc” (M6).

Nesse sentido, o entendimento dos participantes converge com a PNSILGBT, que reconhece a discriminação motivada por questões de gênero e de sexualidade como determinante social em saúde, já que o processo de marginalização da população trans e travesti interfere diretamente no acesso ao emprego, moradia, alimentação digna, educação, lazer, cultura e saúde (Brasil, 2013a).

3.2.3 EIXO 3: EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM FOCO NA POPULAÇÃO LGBT

3.2.3.1 A CAPACITAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL PARA VIABILIZAR A APROXIMAÇÃO DE USUÁRIOS TRANS E TRAVESTIS À SAÚDE

Foram distinguidas 5 UR nessa subcategoria, demonstradas no Quadro 3, que se referem às percepções dos profissionais de saúde quanto à capacitação técnica voltada à diversidade sexual e de gênero e as interferências desse processo no cuidado em saúde de pessoas trans e travestis.

A violência institucional pode ocorrer também no ambiente acadêmico, manifestando-se pela ausência de conteúdos e debates sobre saúde LGBTQIAPN+ e, mais especificamente, pessoas trans e travestis, nos currículos de graduação de medicina e de enfermagem. Como resultado, tem-se uma prática em saúde excludente e cisheteronormativa, que acentua desigualdades sociais e marginaliza ainda mais essa população (Oliveira; Teixeira; Costa, 2023). Entende-se que não há neutralidade no desenvolvimento dos currículos formais acadêmicos, na medida em que, ao orientarem a formação de estudantes durante um determinado curso, são

atrelados a um conjunto de valores que definem o que é necessário ser aprendido e como isso deve ser executado (Santos *et al.*, 2020). Diversos estudos evidenciam a escassez de experiências de aprendizagem e de treinamento na graduação de profissionais de saúde quanto ao cuidado em saúde da população LGBTQIAPN+ e, ainda pior, quando se trata do recorte trans e travesti (Chagas; Santos; Jesus, 2023; Sharma; Shaver; Stephenson, 2019; Seretlo; Mokgatle, 2023). Dos 18 participantes deste estudo, cinco afirmaram ativamente não terem tido nenhum contato com essa temática durante os anos de faculdade de medicina e de enfermagem, como se vê nas seguintes falas:

“Oficialmente não, eu já fiz esses cursos pelo meu CA [Centro Acadêmico], a gente fazia eventos, tinha palestrantes, tal... nunca foi por parte da faculdade...” (M2).

“Só a liga acadêmica. Na liga acadêmica de MFC a gente teve uma aula de um tema sobre isso [...] Mas nunca no currículo formal, só no currículo oculto mesmo” (M4).

“A gente tentou fundar uma liga de saúde LGBT. Foi o mais longe que eu fui, assim [...] Mas não foi uma iniciativa da instituição, né? Era uma liga acadêmica” (M9).

Segundo os trechos dessas falas, percebe-se que o contato com discussões acerca da saúde da população LGBTQIAPN+ se deu em espaços informais, como as ligas e o Centro Acadêmico, iniciativas discentes que acabam por preencher vazios curriculares das graduações. Nesse contexto, advém o conceito de currículo oculto, que se refere às relações interpessoais e às experiências não intencionais que ocorrem no ambiente acadêmico e excedem o currículo formal. O desenvolvimento de atitudes e de valores relacionam-se a essas experiências, tendo um impacto significativo no processo de aprendizagem e na formação profissional dos acadêmicos (Santos *et al.*, 2020).

Dos entrevistados, 13 profissionais, entre médicos e enfermeiros, referiram ter residência em saúde da família e duas enfermeiras realizaram pós graduação nesta mesma área. Portanto, 83% da amostra possui especialização, mas três destes negaram terem tido contato com a temática de diversidade sexual e de gênero nesses espaços, enquanto que para aqueles que afirmaram terem tido esse assunto abordado, isso aconteceu apenas na residência.

Segundo o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de MFC (SBMFC), espera-se que todo residente, ao fim de seu processo de formação, esteja capacitado para manejar oportunamente demandas relacionadas à sexualidade e à identidade de gênero, além de apresentar postura não discriminatória em relação às pessoas sob seu cuidado (SBMFC, 2015). Além disso, a atenção à sexualidade também é descrita na Matriz de Competências em MFC, documento oficial da residência médica no Brasil, aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 2018, como uma habilidade dos médicos formados nessa área. Espera-se que o futuro MFC, além de estar capacitado para questões já mencionadas, também seja capaz de manejar o uso de hormônios por pessoas transexuais e travestis e as principais situações e problemas de saúde dos trabalhadores do sexo (CNRM, 2018).

Entretanto, mesmo neste grupo, houveram críticas em relação à quantidade de conteúdo teórico oferecido, além da maneira com a qual foi exposto, a partir de uma perspectiva patologizadora, como percebe-se nas seguintes falas:

“Na residência, teve algo... assim, uma coisa muito relacionada é... a IST, a PrEP, PEP...uma coisa muito assim, só isso...” (E3).

“Acho que na residência a gente teve alguma aula, né? Mas, assim, também acho que deve ser de uma unidade de aula em todas as milhões de aulas que a gente tinha, né?” (M5).

É fundamental que esse assunto seja abordado tanto na graduação quanto na pós graduação, principalmente nos programas de residência e especialização em saúde da família, incorporando treinamento de competências culturais a fim de aumentar a equidade em saúde da população LGBTQIAPN+ e, mais especificamente, trans e travesti (Patterson; Tree; Kamen, 2019; Pereira; Chazan, 2019).

Do total de participantes, apenas quatro ainda estavam cursando a residência durante as entrevistas, sendo, assim, 14 profissionais com vínculo CLT atuando na APS. Destes, apenas duas pessoas afirmaram ter recebido capacitação oferecida pela gestão sobre a saúde da população trans e travesti. Os demais 12 entrevistados, negaram terem tido espaço de educação continuada fornecido pela

gestão ou outras instâncias. Duas pessoas comentaram sobre dificuldades na participação desses espaços, que envolve a ausência do profissional na unidade sem que haja respaldo para tal, impactando diretamente nas escalas e nas agendas e, por fim, impedindo a participação das atividades de capacitação. As atividades, que têm presença optativa, normalmente ocorrem durante o dia, momento em que os trabalhadores estão exercendo suas funções assistenciais e administrativas, reduzindo as possibilidades de estarem presentes. Essas questões são expostas nas seguintes falas:

“Era algo que não dá pra todo mundo ir, né? Aquela coisa que você tem que organizar a agenda, a escala e vai alguém, porque o gerente tem que mandar alguém, não porque a pessoa esteja interessada e queira saber daquilo. É uma coisa meio optativa, se não for ninguém também, tudo bem” (M5).

“Porque o problema, quando tem também, é porque são dias e horários que a gente não consegue, entendeu? Porque se sair da unidade, às vezes deixar o residente aqui pra ir lá, já é mais complicado” (E2).

Apenas cinco profissionais afirmaram terem se capacitado quanto à temática da diversidade sexual e de gênero por iniciativa própria, justificando a necessidade da qualificação para atenderem às demandas de saúde dos usuários, sobretudo em relação a questões específicas da transexualidade, como a hormonização. Um estudo de Paulino, Rasera e Teixeira (2019) identificou discursos sobre o cuidado de pessoas LGBTQIAPN+ entre profissionais de saúde, reconhecendo entre os participantes da pesquisa uma fala comum: a de não saber quais são as demandas dessa população e de não terem conhecimento sobre esse tema, por não terem recebido capacitação. Portanto, não se sabe por não ter havido ensino durante a graduação ou porque a gestão municipal não fornece espaços de educação continuada nessa temática. Assim, a responsabilização é terceirizada a um “outro alguém” que deveria instruir os trabalhadores, justificando o fato de usuários LGBTQIAPN+ não serem adequadamente acolhidos nas unidades e, assim, protegendo o profissional de saúde. A percepção de não ter conhecimento suficiente tende a ser mais comum em relação a pacientes trans do que nos demais integrantes da sigla (Gahagan; Subirana-Malaret, 2018).

Ainda de acordo com Soled *et al.* (2022), médicos frequentemente responsabilizam suas lacunas de conhecimento a questões externas, como a limitação de evidências científicas. Há, também, a justificativa de não saber onde e como obter treinamento (Ziegler *et al.*, 2020). É, no mínimo, curioso pensar que médicos e enfermeiros estão em constante processo de qualificação quanto a temas clínicos, motivados por dúvidas emergidas a partir da prática assistencial, mas quando se trata da temática de diversidade sexual e de gênero, a responsabilização recai sobre o sistema, a faculdade, a gestão, de modo que se eximem do dever, sobretudo nos serviços públicos de saúde, de acolher usuários de maneira universal e equitativa, segundo os princípios do SUS.

É preciso, portanto, pensar estratégias de desenvolvimento de capacitação para os profissionais de saúde para que seja concretizado um atendimento mais inclusivo, sensível e livre de preconceitos (ACOG, 2021). O embasamento em diretrizes e protocolos para realização dos atendimentos é fundamental, a fim de se garantir uma prática baseada em evidências (WPATH, 2012). Quando questionados sobre qual protocolo voltado ao cuidado de pessoas trans e travestis os entrevistados têm acesso, o Protocolo para o Cuidado Integral à Saúde de Pessoas Trans, Travestis ou com Vivências de Variabilidade de Gênero no Município de São Paulo, da SMS SP, foi unanimidade entre as respostas, indicando sua praticidade quanto ao acolhimento de pessoas trans e travestis.

Durante o período de realização das entrevistas, ainda não havia sido publicada a nova cartilha de Harmonização para pessoas trans, travestis e não binárias na APS da SMS RJ, divulgada logo após o fim da etapa de entrevistas desta pesquisa. Em sua primeira edição, tem como objetivo orientar os profissionais de saúde da APS para a realização da harmonização de pessoas trans, travestis e não binárias, fazendo parte do plano de fortalecimento da Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (SMS RJ, 2024). A cidade do RJ carecia, de fato, de um protocolo próprio para orientação deste processo de redesignação de gênero, o que pode ser comprovado pelas respostas dos participantes ao se basearem em um protocolo de outro município.

Os entrevistados também foram questionados se utilizam material de apoio durante as consultas com esses usuários e apenas seis responderam afirmativamente, enquanto entre aqueles que negaram, as justificativas se deram no

sentido de terem resolvido as demandas de maneira “intuitiva” ou de, simplesmente, não terem tido curiosidade para se aprofundar no tema, como:

“Como foi uma demanda aí, eu não... depois eu não tive essa curiosidade, né? Mas deveria ter tido depois” (E5).

“Foi totalmente intuitivo. Minha linha de atendimento e por conta de eu ter tido essa capacitação, então me ajudou muito, por exemplo, eu usei termos como o “nome morto” (E6).

Esta última, entretanto, menciona o uso prático de um aprendizado recebido em um espaço de capacitação, que a permitiu levar a consulta de maneira mais apropriada. Daqueles que responderam afirmativamente quanto ao uso de protocolos durante o atendimento, dois afirmaram expor informações importantes ao usuário, fomentando a autonomia do paciente ao compartilhar e permitir sua participação ativa no plano terapêutico:

“Eu até mostro para as pessoas que eu atendo: ‘aqui tem uma tabela, como é que são as mudanças, dá uma olhada nesse aqui, que é o principal...’” (M3).

“Eu gosto sempre de mostrar aquela tabela dos efeitos que podem acontecer com a hormonização, o tempo que demora pra acontecer e o tempo máximo de efeito, né?” (M4).

A discussão de casos complexos com outros profissionais mais experientes pode ser encarada, também, como uma estratégia de qualificação, fomentando a educação em saúde e o apoio mútuo entre os pares (Abreu *et al.*, 2022). O matriciamento refere-se a uma prática de apoio e de articulação entre equipes de saúde, em que uma equipe especializada fornece suporte técnico e compartilha conhecimentos com outras. Objetiva-se a promoção da integração e da troca de saberes entre os profissionais, a fim de se oferecer um cuidado mais qualificado, sobretudo para situações mais difíceis ou menos usuais. Assim, o apoio matricial busca fortalecer a APS, na medida em que tende a torná-la mais resolutiva, além de

fortalecer a articulação em rede, favorecendo a garantia da integralidade da assistência (Cohen; Castanho, 2021).

As demandas transespecíficas, como a hormonização e demais procedimentos de redesignação sexual, por serem menos comuns no cotidiano do serviço de saúde, podem gerar dúvidas nos trabalhadores, o que leva ao encaminhamento desses usuários, aumentando o tempo de espera para início do processo de transição de gênero, reduzindo a capacidade de resolutividade da APS e sobrecarregando os demais níveis de atenção. A possibilidade de matriciamento com profissionais que têm mais experiência e conhecimento nesse assunto, traz benefícios para os usuários e toda a RAS. Esse compartilhamento de casos entre profissionais foi pontuado por duas participantes, como se vê a seguir:

“Eu acho que seria um espaço de troca importante, porque eu sinto que... Ah, queria ter mais experiência, no início tinha algum receio de harmonizar porque assim, ah, é um protocolo muito grande, muita prescrição, muita coisa que não é fácil achar em farmácia [...] Mas assim, para poder trocar com outras pessoas, como que tem sido a experiência delas de atendimento. E também outras coisas também em relação às interações, as outras linhas de cuidado, tipo ‘a pessoa que vive HIV, isso deveria mudar a forma como eu prescrevo uma hormonização? Não deveria? Em relação à prevenção combinada...?’ Enfim, qualquer outra coisa assim. Então acho que seria bom” (M6).

“Eu tinha um paciente trans na Mestre Molequinho e aí o que eu soube foi lendo, conversando com o residente [...], não sei se você chegou a conhecer ele, ele fez sobre a população trans, o trabalho dele, então a gente conversou sobre isso, era o que eu tinha” (M8).

Portanto, faz-se necessário o investimento em processos formativos dos trabalhadores de saúde, desde a graduação até espaços de educação continuada na APS, sob uma perspectiva ética e voltada à proteção das vidas trans e travestis. O combate à transfobia institucionalizada nos serviços de saúde está diretamente relacionado à formação de profissionais implicados com esse cuidado, oferecendo-o de maneira integral e equânime e, assim, concretizando a PNSILGBT e o SUS (Roncon *et al.*, 2019).

3.2.3.2 A PNSILGBT NA PRÁTICA PROFISSIONAL

A partir das falas dos entrevistados, foram criadas 3 UR, dispostas no Quadro 3, que se referem ao conhecimento da PNSILGBT e a discussão se dará no sentido de relacionar este conhecimento (ou sua ausência) com o adequado cuidado em saúde de pessoas trans e travestis.

A PNSILGBT, instituída pelo MS em 2011, prevê a promoção de saúde integral e livre de discriminação para a população LGBTQIAPN+, contribuindo para a redução das desigualdades. Além disso, traz uma série de objetivos, dentre os quais estão incluídos a garantia do acesso ao PrTr no SUS; o uso do nome social, conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; e a inclusão do tema de combate ao enfrentamento às discriminações motivadas por diversidade sexual e de gênero nos espaços de educação continuada dos profissionais de saúde do SUS (Brasil, 2013a).

Apesar de ter sido publicada há mais de uma década, a saúde da população trans e travesti ainda é marcada pela falta de acesso à RAS e, assim, restrição do direito à saúde (Chagas; Santos; Jesus, 2023). Há, na realidade, um abismo entre o que é ofertado pelos serviços de saúde e o que é necessário para garantia da universalidade, equidade e integralidade do cuidado (Nisly *et al.*, 2018). Em relação ao PrTr, por exemplo, existem escassos centros de referência para acompanhamento de usuários trans e travestis, sendo a maior parte deles centralizados no sul e sudeste do Brasil. Ademais, a ausência de articulação na RAS reduz a capacidade de resolutividade da APS e impacta no aumento das filas de espera para os serviços especializados (Abreu *et al.*, 2022; Roncon *et al.*, 2020).

Nesta pesquisa, os profissionais de saúde foram questionados quanto ao conhecimento da PNSILGBT e, dos 18 entrevistados, quatro negaram conhecê-la, enquanto que os demais 14 relataram terem tido contato com a política. Desse último grupo, seis disseram terem lido-a, tendo isso ocorrido nos seguintes espaços: a graduação (no currículo formal e oculto), a residência em saúde da família e em uma capacitação intersetorial oferecida pela gestão. Essas respostas demonstram a potência em torno da adequada capacitação dos profissionais de saúde, desde a faculdade até a educação continuada na prática profissional e podem ser observadas nas seguintes falas:

“Eu já abri, até na época da residência. Foi isso, acho que foi meu primeiro contato na residência [...] Eu tive o meu primeiro contato, foi

a minha primeira consulta. Eu não lembro exatamente como foi, mas eu lembro que a gente abriu, abri junto com a minha preceptora, com a médica da equipe na época” (E2).

“Foi falado um pouquinho nessa capacitação [intersetorial oferecida pela gestão]. Eu não conheço a fundo, eu nunca parei para estudar e ler sobre isso, mas foi falado” (E6).

“Sim, meu único contato que eu tive foi na faculdade, mas foi, tipo, numa... sei lá, coisa de Saúde Coletiva em que teve um momento do tipo, vamos ver então as coisas aqui específicas de grupos específicos da população...?” (M6).

Com relação às respostas negativas, achados semelhantes quanto ao desconhecimento da PNSILGBT foram encontrados em outros estudos, como o de Paulino, Rasesa e Teixeira (2019), em que todos os participantes das entrevistas negaram ter conhecimento sobre a Política, reiterando o “discurso do não saber” identificado pelos autores. A pesquisa de Chagas, Santos e Jesus (2023) também aponta para o desconhecimento dos enfermeiros sobre a PNSILGBT.

Segundo o Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT que, mesmo tendo sido publicado em 2015, há quase dez anos atrás, já anunciava a falta de formação dos gestores e dos profissionais de saúde como um ponto crítico na implementação da PNSILGBT, além da inatividade da gestão para execução de estratégias de cuidado, como fluxos de atendimento e desenvolvimento de protocolos para apoio assistencial (Chagas; Santos; Jesus, 2023).

Aparentemente esses problemas continuam persistentes no cotidiano dos serviços, abreviando a potencialidade dessa política pública de saúde com relação à melhoria das condições de vida da população trans e travesti. É, portanto, possível levantar o questionamento de como a PNSILGBT realmente é implementada na prática, na medida em que há tanto desconhecimento pelos profissionais de saúde. Urge a necessidade de disseminar essa informação nos ambientes de educação continuada para garantia de sua aplicação na prática.

3.2.4 EIXO 4: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

3.2.4.1 O PAPEL DA APS NO CUIDADO TRANS E TRAVESTI

Foram levantadas 6 UR nesta subcategoria, conforme demonstração do Quadro 3, referentes aos atributos e aos serviços da APS e como estes se relacionam com o cuidado da população trans e travesti, a partir da compreensão dos participantes da pesquisa.

De acordo com a *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), associação profissional multidisciplinar internacional, que tem como principal objetivo o de promover cuidados baseados em evidências e fomentar educação, pesquisa e políticas públicas na área da saúde trans, a assistência em saúde geral dessa população deve ocorrer na APS, incluindo a possibilidade de também acessarem cuidados específicos para a transição de gênero neste nível de atenção (Coleman *et al.*, 2022).

A partir de seus atributos estruturantes, este nível de atenção à saúde configura-se como porta de entrada da RAS no SUS e é responsável pela oferta do cuidado integral à população, devendo atender às demandas com prontidão. No caso do município do RJ, ela é reconhecida por sua alta resolutividade e ampla cobertura da carteira de serviços (SMS RJ, 2024). Os participantes das entrevistas parecem entender o importante papel da APS no cuidado da população trans e travesti, com destaque para os atributos do acesso e da integralidade, como demonstrado nas seguintes falas:

“É a porta de entrada e... é uma população que a gente não está conseguindo acessar, né? [...] Então é... mostrar que a saúde é pra eles também, que eles têm o direito de acessar e que eles vão se sentir no ambiente acolhedor, né? Que possam resolver as suas demandas, que eles não precisem buscar fora, né?” (M2).

“Nosso papel, atenção primária, é diminuir mais de 80% de casos cheguem em situação hospitalar. Eu acho que é papel nosso evitar essas violências [...] Acho que nosso papel é que a gente absorva, como qualquer outra linha de cuidado [...] nosso papel primordial é garantir o acesso dessa população, né?” (E6).

“Acho que o papel da APS é o mesmo para tudo, né? A porta de entrada, o local de acolhimento desse indivíduo. Então, se ele já sente uma barreira ali, ele tem uma dificuldade para toda essa questão de saúde, né?” (M8).

Em relação à integralidade do cuidado, quando questionados sobre a assistência quanto à prevenção de doenças de usuários trans e travestis, os participantes pontuaram três aspectos principais: a saúde sexual e reprodutiva; as transformações corporais de redesignação de gênero, em especial a hormonização; e a saúde mental. Além disso, parecem compreender as interferências dos determinantes sociais no processo saúde doença, como acesso ao trabalho, rede de apoio e familiar e suas implicações no bem estar do indivíduo, como nas seguintes falas:

“Uma das coisas que eu penso é inclusão tipo no mercado de trabalho, não é saúde diretamente, mas é saúde também, sabe? Então, talvez é uma coisa que a gente também tem que incluir nas consultas, o que que essas pessoas estão fazendo, onde que elas estão tendo rede de apoio, onde que elas estão... é, se elas estão formando, na educação superior...” (M2).

“Rastrear a rede de apoio dessa pessoa, orientar outras formas de controle da saúde mental, se for possível, né? Se vê que é muito vulnerável socialmente, aí vincular o caso com o assistente social para ver se tem necessidade de algum suporte financeiro governamental, né? Tentar conseguir algum emprego, fazer mutirão para, enfim, retificação de documento, acho que isso tudo vai influenciar na saúde, no bem estar, né?” (M4).

“Penso muito em relação à saúde mental e violência, né? Acaba que é uma pergunta mais ativa nessas consultas, né? [...] E a saúde mental, porque costuma, às vezes, junto com o processo da transição em si, né?” (M6).

A articulação intersetorial é essencial para a garantia da integralidade do cuidado, como mencionado nas falas anteriores. A capacidade de trabalhar em estreita colaboração com serviços de saúde mental, em um sistema de referência organizado e estruturado, amplia a possibilidade do bem estar do usuário trans e travesti (Soled *et al.*, 2022). Entretanto, o que se tem na realidade é o desinteresse e o desconhecimento da rede, por parte dos profissionais de saúde, em relação aos serviços de apoio à saúde para esses usuários, além da desarticulação da RAS para oferta desse cuidado, reduzindo as possibilidades de atenção adequada ao sofrimento psíquico dessa população (Mikulak *et al.*, 2021; Cordeiro, 2022).

Alguns profissionais consideram que, além das questões transespecíficas mencionadas acima, a prevenção de doenças da população trans e travesti deve seguir a lógica dos rastreios cardiovascular e oncológico orientados pela faixa etária, com orientações da medicina baseada em evidências. Contudo, ainda permanece, em algumas falas, uma visão estigmatizadora com relação ao cuidado relativo à saúde sexual desses usuários. Segundo Coleman *et al.* (2022), pessoas trans e travestis devem ser submetidas à triagem para HIV e ISTs do mesmo modo que a população cisgênera, levando em consideração o comportamento e não considerando apenas a identidade de gênero. Atualmente fala-se em “populações-chave” para aquelas que, devido a comportamentos de maior risco, têm mais chances de infecção pelo HIV. O estigma pode ser verificado nas falas:

“Tem aquela velha história de algumas pessoas dizerem que o público LGBTQIA+ costuma estar mais envolvido com as questões sexuais [...] Então é o público que a gente deve bater mais nessa tecla. É o público que... geralmente acessa mais a saúde pelas questões sexuais, sim, é verdade. Gostando ou não gostando desse fato, isso é verdade” (E4).

“A gente sempre pensa em IST, né? A gente pensa em teste rápido. A gente nunca pensa em ser um diabético. Não deveria, mas acho que de primeira linha, assim, a gente acha que está buscando por... por alguma queixa sexual” (E6).

Sabe-se que pessoas trans e travestis têm alta incidência e prevalência de infecção pelo HIV devido à alta vulnerabilidade social e programática dessa população - os quais são os verdadeiros fatores de risco para ISTs e não a identidade de gênero. Dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) demonstram que mulheres trans e travestis apresentam 49 vezes mais chances de adquirir HIV, quando comparadas à população geral, e que cerca de 19% delas, em todo o mundo, vive com HIV. Ademais, os estigmas relacionados à transfobia e à sorofobia (ao HIV) contribuem para piora do acompanhamento e sucesso terapêutico. Por outro lado, existe um desconhecimento no que tange os dados sobre infecção por HIV em pessoas transmasculinas, o que está diretamente relacionado ao fato de os documentos de notificação do SINAN não possuírem o campo de “identidade de gênero” para preenchimento (SMS SP, 2023).

O acompanhamento ao longo da vida, a proximidade com o território, a família e a comunidade são outras particularidades da APS que, quando efetivadas, podem potencialmente reduzir as iniquidades sociais e em saúde. Aproximar os usuários trans e travestis da unidade de saúde em um momento ativo de busca no território e implementar ações de intervenção comunitária, como o Programa Saúde na Escola, tende a mitigar a violência institucional na saúde e nas instituições de ensino, assim como sensibilizar os profissionais de saúde e a comunidade para a importância de oferecer acolhimento e visibilidade a este recorte populacional (Abreu *et al.*, 2022; Chagas; Santos; Jesus, 2023). Alguns trechos das entrevistas vão ao encontro destes atributos, como a seguir:

“A gente sabe que na APS a gente acompanha ao longo da vida, a gente acompanha a família, a gente está na casa, a gente está no território, então a gente de fato conhece a pessoa como um todo [...] Então a gente não fica só pensando no indivíduo sozinho, mas todo o contexto e tudo que ele se insere” (E2).

“Acho que o papel da APS é essencial no cuidado deles, até porque a gente está aqui na ponta, a gente que tem essa possibilidade de fazer a busca ativa, de fazer a visita, de fazer esse seguimento e vigilância” (M4).

Nas situações em que o profissional de saúde não é capaz de fornecer todos os serviços demandados pelo usuário, como a harmonização, que é entendida como ação estratégica pela Carteira de Serviços da APS do município do RJ (ou seja, não é essencial, mas é altamente desejável para ampliação do acesso e melhoria dos indicadores populacionais), o usuário deve ser encaminhado para a atenção secundária, por meio da rede de referência e contrarreferência, garantindo a coordenação do cuidado. Já o encaminhamento para serviços especializados do PrTr, nos casos indicados, é considerada uma prática essencial ao profissional da APS (SMS RJ, 2021; WPATH, 2012). A coordenação do cuidado em uma RAS pouco estruturada para o acolhimento humanizado e livre de preconceitos aos usuários trans e travestis é um desafio, sendo necessário ao profissional de saúde exercer a função de *advocacy*, a qual foi bem exemplificada por uma das entrevistadas:

“E também pra poder coordenar quando essa pessoa tá acompanhada em vários outros serviços [...] ‘pô, eu encaminhei pra tal lugar, e aí? Como é que foi o atendimento lá? Foi bem atendida, né?’ Então, acho que pra gente poder trazer informações dos direitos, né?” (M6).

A identificação dos serviços de referência nos níveis secundário e terciário é essencial para a articulação e a construção de uma rede de saúde que responda às necessidades da população. É papel da APS levantar dados dos casos atendidos e, junto ao gestor da unidade de saúde, estabelecer parcerias com os serviços de referência (Rodrigues *et al.*, 2021).

Uma das questões dirigidas aos participantes foi a de se acreditam que deve haver um serviço voltado exclusivamente à população trans e travesti na RAS. Dos 18 profissionais entrevistados, 15 responderam afirmativamente: consideram a importância da APS no cuidado integral desses usuários, mas entendem que, enquanto este nível de atenção não estiver preparado, sobretudo em termos de capacitação técnica, os serviços especializados poderiam suprir as demandas transespecíficas. Assim, alguns compreendem como uma “medida paliativa”, enquanto a APS se estrutura para o acolhimento humanizado e qualificado deste recorte populacional, sendo a assistência idealmente descentralizada. As seguintes falas representam esses pontos de vista:

“Talvez nessa fase mais de transição, seja importante, pra eles começarem a acessar. Mas tipo assim, o ideal mesmo é que eles não tenham, assim, um ambulatório específico, né? E a gente consiga abranger eles na própria clínica e tudo mais. Mas já que eles não tão acessando, talvez ter esse espaço seguro nesse primeiro momento é importante, depois ir... fazendo capacitação e tal eles conseguirem vim pras clínicas de cada um” (M2).

“Acredito que sim, porque ao mesmo tempo que é importante todos os profissionais da ponta estarem capacitados [...] até chegar nesse ponto, eu acho que seria importante ter um serviço para referenciar para aqueles profissionais [...] Então, acho importante ter esse recurso para os pacientes que não têm acesso à equipe” (M4).

“Eu acho que é interessante, mas ao mesmo tempo eu fico pensando se isso fosse uma coisa mais descentralizada que todo mundo soubesse fazer e pudesse fazer, também melhora o acesso, né? É mais fácil para essa pessoa conseguir ser tratada. E acho que a gente é médico de família, a gente cuida de todo mundo, do geralzão, né? [...] acho que está dentro das nossas... das nossas habilidades e competências” (M5).

Por outro lado, três entrevistadas acreditam que não devem existir serviços voltados exclusivamente para usuários trans e travestis na RAS, justificando que o atendimento deve ocorrer apenas na APS e que os espaços de cuidado exclusivos à essa população poderiam “segregá-la” ainda mais, atuando mais como uma barreira do que como uma possibilidade de ampliação do acesso:

“Eu acho uma forma de exclusão, não sei. Porque imagina, tá todo mundo aqui pra atendimento. E aí tem um atendimento exclusivo pra eles, entendeu? De repente é... teria algum problema com o restante da população porque tá dando privilégios [...] Porque assim, senão daqui a pouco a gente tá atendendo só o negro, entendeu? Só o trans. E aí acho que essa não é a intenção... Separar” (E1).

“Não, eu acho que não. Eu acho que isso é uma discriminação [...] até porque limita o acesso...” (E6).

“Mas porque eu acho que você também fazer coisas separadas, acho que acaba tipo... por que que eu não posso fazer um grupo pra eles junto, entendeu?” (E7).

Apesar de defenderem a necessidade de capacitação dos profissionais da APS para o adequado acolhimento da população trans e travesti, parece faltar entendimento sobre o conceito de equidade e de seus impactos no processo saúde doença. Como um dos princípios do SUS, a equidade na saúde refere-se à busca pela garantia de que as pessoas tenham acesso igualitário aos recursos necessários para o bem estar, considerando as diferenças e necessidades específicas de grupos populacionais. Assim, ela visa garantir que as desigualdades sejam recompensadas, proporcionando oportunidades justas para todos (Barros; Sousa, 2016).

O PrTr, ao definir serviços e regulamentar procedimentos na RAS para usuários trans e travestis, inserido no contexto da PNSILGBT, tem como um dos objetivos ofertar acesso, garantindo a universalidade e a integralidade do cuidado. É preciso que seja encarado como uma política pública que busca a justiça social para essa população, marginalizada e violentada cotidianamente não só nos serviços de saúde, mas em diversos contextos de suas vidas (Nogueira, 2020). Ao se considerar o princípio da equidade como um “direito a mais”, como mencionado nas

falas, ignora-se o fato de que pessoas trans e travestis estão historicamente posicionadas em um local de restrição de direitos básicos e fundamentais (Paulino; Raserá; Teixeira, 2019).

3.2.4.2 A AUSÊNCIA DE INDICADOR PARA O CUIDADO DE PESSOAS TRANS E TRAVESTIS E O IMPACTO NO PROCESSO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DESSA POPULAÇÃO

Nesta seção, foram evidenciados elementos relativos ao processo de monitoramento em saúde da população trans e travesti no contexto da ausência de um indicador específico para essa população, sendo verificados 5 UR, dispostas no Quadro 3, que serão discutidas ao longo do texto.

No cenário do município do RJ, um dos componentes que fez parte da estruturação da APS foi o sistema de incentivos financeiros com indicadores de desempenho das equipes de saúde da família. Esses indicadores incluem, por exemplo, o acompanhamento de uma gestante com pelo menos seis consultas de pré natal, a proporção de cura de novos casos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, o controle glicêmico em diabéticos cadastrados e a razão de exames citopatológicos de colo de útero (O'Dweyr *et al.*, 2019).

Além disso, usualmente, estão relacionados a uma determinada linha de cuidado, isto é, uma estrutura organizacional que integra as ações e serviços de saúde ao definir fluxos de atendimento, protocolos clínicos e coordenação entre os profissionais de saúde, visando a garantia da assistência centrada no paciente (Silva; Sancho; Figueiredo, 2016). Apesar de a Portaria nº 2803/GM/MS de 2013 propor uma linha de cuidado de usuários trans e travestis no PrTr, estruturada da AB à Atenção Especializada, ela não consta na listagem das linhas de cuidado tradicionais na cidade do RJ (Brasil, 2013b). Desse modo, não há indicador de desempenho relacionado ao cuidado e à assistência à essa população na APS do município do RJ.

Os participantes foram questionados se acreditam que o processo de monitoramento em saúde dos usuários trans e travestis é contemplado pelos indicadores existentes na prática e as respostas foram variadas: cinco entrevistados acreditam que sim, enquanto 13 responderam negativamente. Dentre o primeiro grupo, a percepção comum é a de que, apesar de não haver um indicador

transespecífico, essas pessoas seriam contempladas se apresentarem comorbidades como hipertensão e diabetes, por exemplo, e assim, garantiria-se a integralidade do cuidado:

“Sim, com certeza. É um todo. A gente não tem que fracionar o paciente com quem tem. É um paciente como um todo” (E5).

“Tem trans diabética, hipertensa, sim... Por esse lado, sim. Tem trans que faz coleta de rastreio oncológico, que está dentro de 25 a 65 anos” (E6).

Segundo a PNSILGBT, os indicadores de monitoramento e de avaliação em saúde devem se basear na morbimortalidade e no acesso da população LGBTQIAPN+ ao cuidado integral à saúde (Brasil, 2013a). Nesse sentido, entre aqueles que responderam negativamente, a inexistência do indicador específico para essa população suplanta a possibilidade de serem incluídos nos demais indicadores já existentes e, justamente por essa ausência, na prática, a vigilância não acontece. Duas participantes pontuaram a questão da impossibilidade de coleta de exame citopatológico e solicitação de mamografia em usuários transmasculinos, mesmo que dentro da faixa etária preconizada pelo MS para rastreio oncológico, devido às limitações do prontuário eletrônico, interferindo ainda mais na vigilância dessa população, como se vê nas seguintes falas:

“Acho que até uma paciente que eu já acompanhei, eu acho que eu tive algum problema para uma mulher trans para solicitar, desculpa, era um homem trans, para solicitar mamografia. Eu não consegui por causa do cadastro mesmo, já tinha mudado o CPF, né? E aí eu não consegui solicitar, precisei pedir auxílio da gerência. Então, o sistema de informação, eles não estão preparados” (M7).

“Não. Até porque não leva em consideração o homem trans que tem que fazer exames ginecológicos, por exemplo” (M8).

Segundo Gérvas *et al.* (2007), o modelo de pagamento por desempenho relacionado a indicadores de monitoramento pode levar ao risco de comportamentos oportunistas (Gérvas *et al.*, 2007 *apud* Soranz; Pinto; Penna, 2016). Nessa perspectiva, alguns entrevistados relataram que essa lógica de monitoramento por

indicadores acaba por orientar uma prática voltada exclusivamente a isso, deixando de lado outras questões importantes que envolvem a vigilância em saúde da população, além de questionarem a veracidade das informações preenchidas no prontuário, como a seguir:

“Eu entendo que as variáveis são importantes, mas também elas acabam guiando nosso trabalho para uma coisa que... a gente esquece de outras, como o acolhimento, a saúde mental, que não é variável” (M3).

“Olha, eu tenho minhas dúvidas se esse modelo de variável contempla a população como um todo, né? Ficar anotando pressão e peso, não consigo dizer se essa pessoa está acompanhada, se está com uma saúde boa, os exames bons, ou se alguém só marcou um monte de coisa nos campos. Então, eu acho que não contempla, mas a minha crítica até mais geral, eu acho que esse modelo não contempla avaliação de saúde [...] eu acho que talvez a população trans contempla menos ainda [...] Não tem nada que me diga... se esses usuários estão tendo acompanhamento aqui” (M5).

“São coisas que são muito robóticas, é igual a gente quer... Pede indicador, indicador... às vezes a gente não tá atendendo aquele indicador, mas tem que subir o indicador, entendeu?” (E7).

Publicada no Diário Oficial do Estado do RJ, em 19 de abril de 2024, o I Plano estadual de saúde para a população LGBTQIAPN+ do Estado do Rio de Janeiro, da Secretaria Estadual Saúde do RJ (SES RJ), intenciona orientar as redes de saúde municipais e estadual para definição de ações e estratégias que visam desconstruir barreiras de acesso desse público ao SUS. Propõe duas medidas em específico que se relacionam à vigilância em saúde desses usuários, sendo elas a elaboração de linhas de cuidado voltadas à saúde mental e o favorecimento do acesso às linhas de cuidado tradicionais, de doenças crônicas e transmissíveis, articulando os ambulatórios especializados aos dispositivos da APS (SES RJ, 2024).

Por outro lado, tratando-se da vigilância de situações de violência vivenciadas por essa população, tem-se como orientação da Carteira de Serviços a atividade essencial de identificá-las e notificá-las (SMS RJ, 2021). Sabe-se que o sistema responsável por comportar notificações de violência interpessoal e autoprovocada vinculado ao SUS é o SINAN e que essa notificação é considerada

compulsória desde 2011, devendo ser realizada sempre que há o acolhimento desse tipo de situação (IPEA, 2023; Nogueira, 2020). A inclusão da população LGBTQIAPN+ na notificação de violência ocorreu apenas em 2016 e ainda existem diversas dificuldades referentes a esse processo, como exemplificado pelo fato de em 2021, 40,2% dos municípios do estado do RJ não terem notificado nenhum caso, além de haver diversas inconsistências nos registros das fichas de notificação (Cordeiro, 2022).

Os participantes dessa pesquisa parecem reconhecer a importância no preenchimento das informações de identidade de gênero e orientação sexual nas fichas de notificação do SINAN, tendo 100% deles respondido que, a partir dessas informações, são gerados dados em saúde que motivam o desenvolvimento de políticas públicas:

“Acho que é de fundamental importância, principalmente no SINAN de violência, porque você tem que entender que quem vai avaliar isso é uma pessoa que está acima de você, que não está no território” (E4).

“Sim. Não só gênero, mas também raça, até para a gente desenvolver políticas públicas, porque é uma população que mais sofre violência e a gente precisa também de uma resposta do Estado. Se a gente não preenche, a gente não vai ter dados que comprovem que é uma população mais vulnerabilizada” (M7).

Apesar da unanimidade quanto a esse entendimento, ainda se tem como desafio a sensibilização dos trabalhadores da saúde para introduzir na prática o ato de notificar, incluindo preconceitos e dificuldades com relação ao desconhecimento de como proceder e abordar situações de violência (Cordeiro, 2022).

Dados sobre notificações de violência interpessoal e autoprovoada da AP 3.3, região em que ocorreu a pesquisa de campo, referentes ao primeiro semestre de 2023 foram publicados no Boletim Epidemiológico e retratam a dificuldade quanto ao preenchimento adequado das fichas do SINAN. Considerando o total de 1469 casos notificados neste período, o quantitativo de “ignorado/em branco” nos campos de orientação sexual e de identidade de gênero das vítimas foi de 245 e 371, representando cerca de 17% e 25% do total, respectivamente. O próprio documento recomenda a necessidade de melhor qualificação no preenchimento das

fichas para que se possa compreender melhor o perfil das vítimas de violência no território, traçando um panorama em saúde mais fidedigno (CAP 3.3, 2023).

Para além disso, a importância do autorreferenciamento foi pontuada por uma das participantes, de maneira muito pertinente, sendo necessário que os profissionais de saúde perguntem ativamente aos usuários sobre como se identificam em relação ao gênero e à orientação sexual, permitindo a coleta de dados mais confiáveis:

“Com certeza, gera dado em saúde, né? E aí se a gente não preenche de uma forma adequada, inclusive de raça também associada, se a gente não preenche, a gente não vai ter com o que pautar, né? Política pública, então... Sempre. E sempre autorreferenciado. Tipo a pessoa declarando” (E5).

Portanto, é essencial que haja capacitação dos trabalhadores da saúde de forma a sensibilizá-los para um acolhimento humanizado em situações complexas, como o atendimento a uma vítima de violência, e também para o preenchimento adequado das fichas de notificação. Ainda, é preciso incentivar essa prática, com o apoio institucional, reforçando a importância da produção de dados qualificados sobre violências de segmentos vulnerabilizados a fim de se garantir o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas que visem a integridade da vida da população trans e travesti (Cordeiro, 2022; IPEA, 2023).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas trans e travestis enfrentam uma série de adversidades ao longo de suas vidas que perpassam diversas áreas, sendo o acesso à saúde apenas uma delas. A discriminação e o preconceito, o não acolhimento por parte de familiares e, com isso, o enfraquecimento da rede de apoio, a dificuldade de acesso à educação e ao mercado de trabalho formal englobam um cenário que as colocam à margem dos direitos preconizados na Constituição Federal. Acabam por se encontrarem inseridos em um contexto de vulnerabilidade tão profundo, seja nos níveis individual, social e programático, o que se reflete nas piores condições de vida e indicadores em saúde.

O Brasil configura-se como um país de antagonismos para essa população, território em que mais se mata pessoas trans e travestis no mundo e, ao mesmo tempo, aquele em que as coloca em um lugar de erotismo e desejo, ao liderar também o *ranking* de consumo de pornografia trans. Ainda, desde 1988, tem como lei federal o SUS, um sistema público de saúde, que se baseia nos pilares da universalidade, integralidade e equidade e visa o acolhimento humanizado e sem preconceitos de todos os cidadãos brasileiros. Como pode o SUS impactar e mudar a realidade dos indicadores em saúde dessa população, considerando o contexto que os atravessa, nas ruas, bares, esquinas, domicílios, escolas, faculdades e tudo mais que há neste país?

A busca pela oferta de saúde de qualidade, integral, respeitosa e humana tem se dado através de muita luta, seja pelo movimento social, por trabalhadores da saúde implicados, pesquisadores e usuários. É urgente reconhecer que, apesar de todos os esforços, há uma enorme lacuna entre o que é proposto e o que se passa no cotidiano dos serviços de saúde. Assim como é crucial levantar dados sobre a população trans e travesti, para que se desenvolvam e sejam implementadas políticas públicas, é necessário admitir o *gap* entre o que se espera e o que de fato acontece na prática, para então seguirmos em frente com as mudanças necessárias.

Desafios se dão no sentido da integração dessa pauta a currículos de formação de profissionais de saúde, que finalizam suas graduações não só alheios às iniquidades em saúde da população LGBTQIAPN+ e, especialmente, às pessoas trans e travestis, mas ainda com uma concepção de um único corpo a ser cuidado:

uma pessoa cisgênera com práticas heterossexuais. A imposição da cisheteronormatividade é inquestionável e não há menção sobre como assistir pessoas que fogem à norma, gerando trabalhadores da saúde desconectados com a realidade e com as necessidades em saúde de indivíduos com variabilidade de gênero e de orientação sexual.

A educação em saúde referente à diversidade sexual e de gênero deveria, ainda, ser iniciada nas escolas, locais de formação primária de cidadãos que exercem e praticam seus deveres e direitos. A discussão sobre o padrão binário e heteronormativo e suas desconstruções são essenciais para que ocorram verdadeiras transformações sociais, em contrapartida com vertentes conservadoras que acreditam em falácias, como a “ideologia de gênero”, e espalham inverdades sobre o tema. É preciso seguir na luta para a mudança dos currículos de formação, visando o desenvolvimento de pessoas verdadeiramente humanas e implicadas com questões sociais.

Nesse sentido, a capacitação dos trabalhadores do SUS do ponto de vista técnico, ético e científico é fundamental para que, mesmo com lacunas em suas formações, compreendam a importância da oferta do cuidado em saúde de qualidade a populações vulnerabilizadas, como o recorte trans e travesti. Além disso, a reorganização estrutural das unidades de saúde, tanto em termos de ambiência, quanto em relação aos prontuários e sistemas eletrônicos utilizados precisa convergir com o que é proposto na PNSILGBT. Para tanto, é essencial que haja apoio da gestão, incentivando mudanças e propondo espaços de educação continuada.

A APS, com toda sua potencialidade e através de seus atributos, é reconhecida como o cenário ideal para assistência integral da população trans e travesti. A proximidade com o território, a comunidade, a família e, por fim, o usuário configuram-se como diferenciais poderosos que podem auxiliar na mitigação de iniquidades sociais e em saúde. Torna-se fundamental que os trabalhadores de saúde deste nível de atenção estejam implicados nesse processo de transformação social a partir de uma prática em saúde em acordo com os princípios do SUS e as políticas de saúde vigentes. O processo de desconstrução de preconceitos e estigmas deve fazer parte do cotidiano do serviço, voltado tanto aos próprios profissionais da RAS, quanto aos usuários, visando a verdadeira efetivação dos direitos humanos.

A compreensão da pessoa em sua integralidade, considerando o contexto em que se insere, é parte do trabalho do profissional da APS, que deve ser realizado baseado nas melhores e mais recentes práticas de cuidado. Assim, o incentivo à produção científica é primordial para melhoria da qualidade dos serviços. Esta pesquisa se dá nesse sentido, ao propor uma reflexão sobre as barreiras de acesso por pessoas trans e travestis e, assim, a violência institucional na saúde. Está, ainda, em convergência com as recomendações da PNSILGBT, fomentando a visibilidade sobre o tema e a necessidade de discutir com os profissionais de saúde como tem se dado esse processo de cuidado.

Apesar de não terem sido mensuradas as repercussões das entrevistas nos participantes da pesquisa e, mais ainda, em suas práticas, espera-se que ocorram mudanças a partir das reflexões geradas após estes encontros. A realidade do cotidiano dos serviços, com o excesso de demandas e sobrecarga de trabalho, além do enfrentamento de dificuldades relacionadas a questões estruturais e contextuais tornam a prática do trabalho no SUS extenuante e cansativa. A possibilidade de estarem em um espaço em que se discuta o cuidado em saúde voltado à população trans e travesti pode, potencialmente, impactar em suas atitudes e mudanças de comportamento futuras - sendo este um dos anseios da autora.

Assim, é fundamental compreender que o processo de mudança na prestação de cuidados às pessoas trans e travestis exigirá transformações coletivas e em diversos segmentos. Despatologizar as vivências que fogem às normas impostas socialmente, buscando respeito às singularidades dos sujeitos e a não padronização de suas vidas faz parte de afirmar os princípios éticos-políticos da reforma sanitária brasileira. É preciso gerar condições para o adequado acesso à saúde de qualidade e, a partir disso, potencialmente reduzir desigualdades sociais e em saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, P.D. de *et al.* Atenção integral à saúde dos adolescentes transgêneros: subsídios para a prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*: vol. 30, 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6276.3810>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VQM4gKgXfmx7RpLGwtXrCc/abstract/?lang=en>. Acesso em: 25 nov. 2023.

ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL (ANTRA); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS, TRANSEXUAIS E INTERSEXOS (ABGLT). Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2022. Florianópolis, 2023. Disponível em: <https://observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org/wp-content/uploads/2023/05/Dossie-de-Mortes-e-Violencias-Contra-LGBTI-no-Brasil-2022-ACONTECE-ANTRA-ABGLT.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

AGÊNCIA BRASIL. Censo: cai liminar que mandava incluir perguntas de orientação sexual. Rio de Janeiro, 27 jun. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2022-06/censo-cai-liminar-que-manda-va-incluir-perguntas-de-orientacao-sexual>. Acesso em: 22 abr. 2024.

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL PROFISSIONAL PARA A SAÚDE TRANSGÊNERO (WPATH). Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. 7 ed (português). 2012. Disponível em: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL (ANTRA). Bruna G. Benevides (org.). Dossiê Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília, 2022. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL (ANTRA). Bruna G. Benevides (org.). Dossiê Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2023/01/dossieantra2023.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, G.W.S. *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, SP: Hucitec, 2006, p. 375-418.

BASTOS, G.A.N.; BASTOS, J.P.; CABALLERO, R.M.S. Abordagem comunitária: diagnóstico de saúde da comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 979-99. *E-book*.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, F.P.C. de; SOUSA, M.F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc.*: São Paulo, vol. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGB5mXkMnHTHYkzVPv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRANDÃO, B.A. Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. 2020. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

BRANQUINHO, B.F.; BENEDITO, L.A.P.; CIASCA, S.V. Síndromes depressivas e ansiosas. *In*: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; Junior A.L. *Saúde LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba: Manole. 2021. p. 1079-100. *E-book*.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 675/GM/MS, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. *Diário Oficial da União*: Brasília, 30 mar. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, 2013b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.700/GM/MS, de 29 de dezembro de 2022. Inclui e altera procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS. Diário Oficial da União: ed. 246: seção 1: Brasília, p. 338, 30 dez. 2020. Disponível em: <https://mtdsistemas.com.br/suporte/publico/portarias/470029122022.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans PAES - PopTrans. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/3-1-1-pop-trans-1706821636.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BORRET, R.H. *et al.* Vulnerabilidades, interseccionalidades e estresse de minorias. *In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; Junior A.L. Saúde LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar.* Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 226-58. *E-book*.

BUSS, P.A.; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BUTLER, J. Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade. 23ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2022.

CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. Definições da sexualidade humana. *In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR A.L. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar.* Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 105-118. *E-book*.

CALAZANS, G. *et al.* Necessidades de saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. *In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; Junior A.L. Saúde LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar.* Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021. p 287- 307. *E-book*.

CHAGAS, M.A.C.; SANTOS, A.M. dos; JESUS, N.N. de. Nursing care for the transgender population in primary health care: an integrative review. *Invest Educ Enferm*: vol. 41, n. 1, 2023. DOI <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e07>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10152908/>. Acesso em: 15 nov. 2023.

COHEN, M.C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. *Interface: Botucatu*, vol. 25, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/interface.200462>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jicse/a/vT3PxxXkLcCxXvXJHfftrKH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2024.

COLEMAN, E. *et al.* Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health: Minnesota*, vol. 23, n. 1, 8 ed., p. 1-259, 2022. DOI 10.1080/26895269.2022.2100644. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36238954/>. Acesso em: 2 maio 2024.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). Matriz de competências em Medicina de Família e Comunidade. 2018. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 29 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.955/2010, de 12 agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. *Diário Oficial da União: seção 1: Brasília*, p. 109-10, 3 set. 2010. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2010/1955_2010.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.265/2019, de 12 de agosto de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. *Diário Oficial da União: ed. 6, seção 1, Brasília*, p. 96, 9 jan. 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>.

CORDEIRO, G.T.L. Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021. 2022. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

CORRÊA, F.H.M. *et al.* Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Brasília, vol. 69, n. 1, p.13-22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000256>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/BXhSxJZtjHvVMwz5hkVyyGK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2022.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Ministério da Educação. Grupo de Trabalho de Produção Técnica. Relatório de Grupo de Trabalho. Brasília: CAPES, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>.

COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA 3.3 (CAP 3.3). Boletim epidemiológico: Notificações de violência interpessoal e autoprovocada. *Semana epidemiológica 01 a 26 de 2023*, 2023.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro*, vol. 30, n. 3, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dR8cWVJsGKzFBpKvg8KNw8k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2024.

FERREIRA, B.O.; PEDROSA, J.I.S.; NASCIMENTO, F.E. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*: Fortaleza, vol. 31, n. 1, p. 1-10, jan.-mar. 2018. DOI <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6726>. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6726/pdf>. Acesso em: 25 set. 2022.

FIGUEIREDO, S.R.; MELO, L.P.; JUNIOR, A.L. Acesso e organização dos serviços de saúde. *In*: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. *Saúde LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 458- 81. *E-book*.

FREITAS, D.A. de; SANTOS, R.S.; WAKIMOTO, M.D. Acesso aos serviços de saúde por pacientes com suspeita de dengue na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1507-1516, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.11252017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3gX7BGmMrz7wS9qctk8Bgxh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2022.

GAHAGAN, J.; SUBIRANA-MALARET, M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. *International Journal for Equity in Health*: Canada, vol. 17, n. 76, 2018. DOI <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0786-0>. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0786-0>. Acesso em: 4 ago. 2023.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GUIMARÃES, R.C.P. *et al.* Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempus - Actas de Saúde Colet.*, Brasília, v. 11, n.1, p. 121-139, 2017. DOI <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327/1754>. Acesso em: 07 jun. 2022.

GUIMARÃES, R.C.P.; LORENZO, C.F.G; MENDONÇA, A.V.M. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310128>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WbhPNXrjWbNwHbBKMbjQw8m/>. Acesso em: 06 fev. 2024.

HUBINETTE, M. *et al.* Health advocacy. *Med Teach*: Canadá, vol. 39, n. 2, p. 128-135, 2017. DOI: [10.1080/0142159X.2017.1245853](https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1245853). Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2017.1245853?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 8 abr. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Atlas da Violência* 2021. São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/212/atlas-da-violencia-2021>. Acesso em: 25 set. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Atlas da Violência 2023. Brasília, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2023>. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/250/atlas-da-violencia-2023#:~:text=Anualmente%2C%20o%20Atlas%20da%20Viol%C3%Aancia,de%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica%20\(FBSP\)](https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/250/atlas-da-violencia-2023#:~:text=Anualmente%2C%20o%20Atlas%20da%20Viol%C3%Aancia,de%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica%20(FBSP)). Acesso em: 25 abr. 2024.

JOSEPH, A. *et al.* Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *Journal of the Royal Society of Medicine: Londres*, v. 110, n. 4, p. 144-152, 2017. DOI: 10.1177/0141076817696054.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.V. Fundamentos da metodologia científica. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2022.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva: Rio de Janeiro*, vol. 24, n. 12, p. 4593-98, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DvfHFsvqYzXN4bPX9HbsBxj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2022.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa: São Paulo*, vol. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 7 jun. 2023.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva: Rio de Janeiro*, vol. 17, n. 3, p. 621-6, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. *E-book*.

MIKULAK, M. *et al.* Health professionals' identified barriers to trans health care: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract: Berkshire*, vil. 71, n. 713, p. 941-7, nov. 2021. DOI 10.3399/BJGP.2021.0179. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133317/>. Acesso em: 3 dez. 2023.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, vol. 42, n. 116, p. 11-24, jan.-mar. 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2024.

NISLY, N.L. *et al.* Developing an inclusive and welcoming LGBTQ clinic. *Clinical Obstetrics and Gynecology: Iowa*, vol. 61, n. 4, p. 646-62, dez. 2018. DOI 10.1097/GRF.0000000000000405. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30303816/>. Acesso em: 4 ago. 2023.

NOGUEIRA, J.R.N. Histórias do Processo Transexualizador: O lugar da família e a construção dos novos corpos. 2020. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Distrito Federal, 2020.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva: Rio de Janeiro*, vol. 24, n. 12, p. 4555-67, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pn6ZvkJ3GQwkHMb86XcR9Pq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2022.

OLIVEIRA B.B.; TEIXEIRA D.S.; COSTA B.F. da. Grupo LGBTQIA+ em uma unidade de saúde da família da zona norte do Rio de Janeiro: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade: Rio de Janeiro*, vol. 18, n. 45, 2023. DOI [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3865](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3865). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3865>. Acesso em: 02 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Sexual Health*. 2006. Disponível em https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2. Acesso em: 3 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Social determinants of health*. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts>. Acesso em: 13 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World report on violence and health*. 2002. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 26 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Erno Harzheim (org.). *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família*. Porto Alegre, 2013. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

PATTERSON, J.G.; TREE, J.M.J.; KAMEN, C. Cultural competency and microaggressions in the provision of care to LGBT patients in rural and Appalachian Tennessee. *Patient Educ Couns*: vol. 102, n. 11, p. 2081-90, 2019. DOI 10.1016/j.pec.2019.06.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399119302381?via%3Dihub>. Acesso em: 4 ago. 2023.

PAULINO, D.B.; RASERA, E.F.; TEIXEIRA, F.B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface, Botucatu*, v. 23, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/Interface.180279>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/CPqMgwMzNcfwqjrRT5PZbbp/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 01 fev. 2024.

PEREIRA L.B.C.; CHAZAN A.C.S. O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 41, 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795/985>. Acesso em: 20 out. 2022.

POPADIUK G.S.; OLIVEIRA D.C.; SIGNORELLI M.C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no sistema único de saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Porto Alegre, vol. 22, n. 5, p. 1509-20, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.32782016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JVTfd3DqVzN3dPMLPJYLVy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2022.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. [S. l.: s. n.], 2007. Disponível em: https://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 31 maio 2023.

RIBEIRO, P.V.S. Terapia hormonal para redesignação de gênero - mulher trans: uma revisão. *Revista Saúde.com-Ciência*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 9-16, 2020. Disponível em: <https://revistascientificas.ifrj.edu.br/index.php/saudeeconsciencia/article/view/1195>. Acesso em: 25 nov. 2022.

RODRIGUES, F.T.T. *et al.* Abordagem comunitária e educação em saúde. In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR A.L. *Saúde LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 483-510. *E-book*.

RONCON, P.C. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/NGpjbDZLqR78J8Hw4SRsHwL/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

RONCON, P.C. *et al.* Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface*, Botucatu, SP, vol. 23, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KfsPfJt3kBvPky8CVcSy5wL/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

RUSSELL, S.T.R. *et al.* Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation and behavior among transgender youth. *J Adolesc Health*: Austin, vol. 63, n. 4, p. 503–5, out. 2018. DOI doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.02.003. Disponível em:

[https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(18\)30085-5/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(18)30085-5/abstract). Acesso em: Acesso em: 04 ago. 2023.

SANTOS, V.H. dos *et al.* Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. *Interface: Botucatu*, vol. 24, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.190572>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jicse/a/hCDK4YXNhZJxfPX7FBXj3Lc/>. Acesso em: 15 abr. 2024.

SCANAVINO, M.T.; MACEDO, L.N. Panorama da pesquisa LGBTQIA+. *In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; Junior A.L. Saúde LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 1379-92. *E-book*.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES RJ). I Plano estadual de saúde para a população LGBTQIAPN+ do estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, n. 027, 19 abr. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO (SMS SP). Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo. São Paulo: 2 ed., 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Trans_Travesti_Viv_variab_genero_2a_ed2023.pdf. Acesso em: 03 mar. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS RJ). Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado. Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: https://subpav.org/download/impressos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf. Acesso em: 03 mar. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS RJ). Hormonização para pessoas trans, travestis e não binárias na Atenção Primária à Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livros_HormonizacaoPessoasTransTravestisNaoBinarias_PDFDigital_20240115_\(1\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livros_HormonizacaoPessoasTransTravestisNaoBinarias_PDFDigital_20240115_(1).pdf). Acesso em: 16 maio 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS RJ). Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS RJ). Panorama da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://subpav.org/aps/publico/panorama>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SERETLO R.J.; MOKGATLE M.M. Practice, attitudes and views of right to access of sexual and reproductive health services by LGBTQI among primary health care nurses in Tshwane. *Afr J Prim Health Care Fam Med: África do Sul*, vol. 15, n. 1, 2023. DOI [doi: 10.4102/phcfm.v15i1.3790](https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3790). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36744461/>. Acesso em: 04 ago. 2023.

SETA, M.H. de; OCKÉ-REIS C.O.; RAMOS A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciência & Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781-86, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzsfhTgn9zjcrhC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2022.

SHARMA, A.; SHAVER, J.C.; STEPHENSON, R.B. Rural primary care providers' attitudes towards sexual and gender minorities in a midwestern state in the USA. *Rural Remote Health*: vol 19, n. 4, 2019. DOI <https://doi.org/10.22605/RRH5476>. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5476>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SILVA, A.T.C. da; ROSA, C.A.P.; GAGLIOTTI, D.A.M. LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde. *In*: CIASCA, SV; HERCOWITZ, A; Junior AL. Saúde LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 328-46. *E-book*.

SILVA, N.E.K. e; SANCHO, L.G.; FIGUEIREDO, W.S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde colet.*: vol. 21, n. 3, mar. 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ln4T7Jd38CVw5ZFN6rKMSym/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. São Paulo: SBMFC, 2015. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 14 maio 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos. Cartilha Mitos e Verdades sobre saúde da população LGBTIA+, 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Cartilha-LGBTIA.pdf>. Acesso em: 07 maio 2022.

SOLED, K.R.S. *et al.* Interdisciplinary clinicians' attitudes, challenges, and success strategies in providing care to transgender people: a qualitative descriptive study. *BMC Health Serv Res*: Harvard, vol. 22. n. 1: p. 1134, 2022. DOI [10.1186/s12913-022-08517-x](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08517-x). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36076288/>. Acesso em: 4 ago. 2023.

SOLKA, A.C.; ANTONI, C. Homens trans: da invisibilidade à rede de atenção em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, Porto Alegre, vol. 8, n. 1, p. 7-16, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18316/sdh.v8i1.4895>. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4895. Acesso em: 17 mar. 2022.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*: vol. 21, n. 5, p.1327-38, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9ZwCk6XXyXtCZWcrgVgzM4w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

SOUSA, J.R.; SANTOS, S.C.M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação: Juiz de Fora*: vol. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul.-dez. 2020. DOI <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049>. Acesso em: 11 dez. 2022.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde: estudo para otimização de recursos. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2022.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals. Committee Opinion. *Obstetrics and Gynecology*: vol. 137, n. 3, mar. 2021. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/03/health-care-for-transgender-and-gender-diverse-individuals>. Acesso em: 15 nov. 2023.

VRIES, E. de; KATHARD, H.; MÜLLER, A. Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*: Cidade do Cabo, vol. 20, n. 1, fev. 2020. DOI: 10.1186/s12909-020-1963-6. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7023748/pdf/12909_2020_Article_1963.pdf. Acesso em: 25 nov. 2023.

YOGYAKARTA PRINCIPLES. The Yogyakarta principles plus 10. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf.

ZIEGLER, E. *et al.* Models of care and team activities in the delivery of transgender primary care: an Ontario case study. *Transgender Health*: Toronto, vol. 5, n. 2, 2020. DOI: 10.1089/trgh.2019.0082. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7347017/>. Acesso em: 15 nov. 2023.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- **Dados para organização:**

1. Data:
2. Local da entrevista:

- **Dados de identificação**

1. Nome:
2. Data de nascimento:
3. Categoria profissional:
4. Vínculo empregatício:
5. Raça/cor:
6. Identidade de gênero:
7. Orientação sexual:
8. Religião/Religiosidade:

Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde

- 1) Descreva como é o acesso de pessoas trans e travestis na sua unidade de saúde.
- 2) Você identifica usuários trans e travestis acessando a unidade de saúde em que você trabalha?
- 3) Existe algum tipo de ação/serviço dirigido à população trans e travesti na sua unidade de saúde?
 - Se sim, como foi a implementação dessa ação?
 - Se não, você acredita que deveria ser implementado? Por quê?
- 4) São chamadas “barreiras de acesso à saúde” questões que afastam as pessoas trans e travestis dos cuidados em saúde, como discriminação e falta de conhecimento técnico dos profissionais em relação a cuidados específicos. Você acredita que em sua unidade exista alguma(s) dessa(s) barreira(s)? Exemplifique.
- 5) Você já teve alguma experiência em que precisou envolver outros setores ou níveis de atenção à saúde para garantir o cuidado integral de um usuário trans ou travesti? Como foi?
- 6) A unidade de saúde em que você atua propõe espaços que promovem a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), como o Conselho Gestor, por exemplo?

- Se sim, nestes espaços, existe participação de usuários trans e travestis?

Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT

- 1) Como você percebe o preenchimento das informações de identidade de gênero e orientação sexual pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ao cadastrar o usuário no prontuário eletrônico?
- 2) Você tem o hábito de perguntar, durante o atendimento, a identidade de gênero e a orientação sexual do usuário? Você acha que essas informações podem impactar, ou não, na qualidade do cuidado ofertado? Por quê?
- 3) Existe, no seu território, usuários trans e travestis?
 - Eles são cadastrados na sua equipe?
 - Você os percebe acessando serviços na unidade? Quais?
- 4) Você se sente confortável ao atender um paciente trans ou travesti? Por quê?
- 5) Pessoas trans e travestis apresentam piores indicadores em saúde, como maior risco de transtornos de saúde mental e exposição à violência. Por quais motivos você acredita que isso aconteça?
- 6) Você acha que há algo que poderia ser feito para que as pessoas trans e travestis possam acessar mais o cuidado na unidade de saúde em que você atua?
- 7) Violência institucional é compreendida como toda situação de violação de direitos humanos experienciada por um indivíduo em uma instituição qualquer (DA SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021). Você identifica esse tipo de violência relacionada a pessoas trans e travestis na unidade de saúde em que atua? Conte-me mais sobre, por favor.

Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT

- 1) Você já recebeu algum tipo de curso/capacitação em relação ao cuidado das pessoas trans e travestis?
 - Se sim, isso ocorreu por iniciativa própria ou foi ofertada por terceiros (gestão/associações/programas de residência/graduação)? Se ocorreu por motivação própria, o que te levou a buscá-la?

- Se não, você teria interesse em participar de capacitações voltadas a essa temática? Por quê?
- 2) Você tem acesso a protocolos de atendimento à saúde voltados às pessoas trans e travestis?
 - Quais?
 - Você tem o hábito de consultá-los durante os atendimentos?
 - 3) Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT? Já teve a oportunidade de lê-la?

Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT

- 1) Qual a sua percepção do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado do usuário trans e travesti?
- 2) Você acredita que deve haver algum tipo de serviço/ação voltada exclusivamente às pessoas trans e travestis na rede de saúde? Por quê?
- 3) Se na sua unidade há/houve alguma ação voltada a esta população, você identifica/identificou alguma mudança no dia a dia do serviço de saúde após a implementação?
- 4) Como você entende o cuidado em saúde relativo à prevenção de doenças quando se trata da população trans e travesti?
- 5) Você acredita que o processo de monitoramento de agravos em saúde baseado nos principais indicadores que utilizados na prática, como controle de glicada em pacientes diabéticos e rastreios de neoplasias, contemplam também a população trans e travesti? Explique.
- 6) Existe, no seu entendimento, alguma importância no preenchimento das informações de identidade de gênero e orientação sexual nas fichas de notificação de violência interpessoal/autorreferida do SINAN? Por quê?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SAÚDE



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESOLUÇÃO nº 466/2012 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, conduzida por Barbara Britto Oliveira. Este estudo tem por objetivos: compreender as percepções de médicos e enfermeiros sobre as barreiras de acesso à saúde enfrentadas pela população trans e travesti em três unidades da Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro; identificar barreiras de acesso à saúde trans e travesti do ponto de vista dos profissionais entrevistados; discutir sobre violência institucional nos serviços de saúde; entender o conhecimento da PNSILGBT por parte dos trabalhadores entrevistados; debater se a PNSILGBT, como marco teórico principal, se materializa na prática em relação ao cuidado integral da população trans e travesti; elaborar uma cartilha de diretrizes voltadas a médicos e enfermeiros de saúde da família com estratégias para minimização das barreiras de acesso à saúde da população trans e travesti.

Você foi selecionado(a) por atuar como profissional de saúde na APS do município do Rio de Janeiro, em uma Clínica de Família selecionada para a realização da pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos desta pesquisa relacionam-se a um possível desconforto emocional, caracterizando a pesquisa como de risco mínimo. Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa incluem auxiliar na compreensão da violência institucional relacionada à população trans e travesti, com possibilidade de melhoria da assistência a partir da identificação de possíveis falhas e contribuir para a produção científica relacionada a uma população vulnerabilizada. Sua participação não é remunerada e não implicará em gastos extras, de modo que se houverem eventuais despesas de participação, estas serão custeadas pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi estruturada, referente ao tema da pesquisa, que ocorrerá em seu local de trabalho, com anuência do gestor local, e realizada pela pesquisadora principal. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, garantindo seu sigilo e privacidade. O material coletado durante a entrevista será gravado e, posteriormente, mantido em arquivo físico e/ou digital sob a guarda da pesquisadora, arquivado em local seguro por 5 (cinco) anos, conforme orientado pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com acesso restrito à pesquisadora e aos orientadores.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Rubrica do participante: _____

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Ao assinar este

documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e a pesquisadora rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, procure a pesquisadora responsável ou o(s) Comitê(s) de Ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20031-040 - Site: www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br - Telefone: 2215-1485 - Horário de atendimento: segundas a sextas-feiras, de 9h às 16h, exceto nos dias de reunião.

Pesquisadora responsável: Barbara Britto Oliveira, Médica de Família e Comunidade - Celular: (32) 984142183 - Email: barbarabritto93@gmail.com

Ao assinar este documento, o(a) participante estará declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluído(a) na pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C

CRONOGRAMA

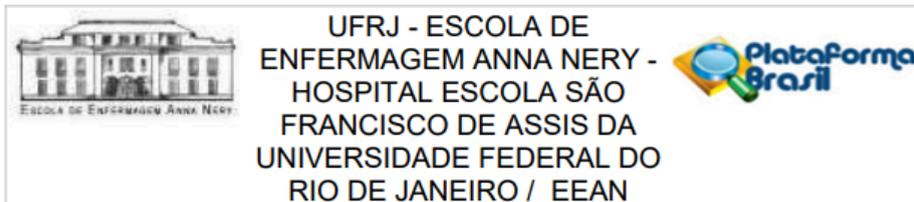
ATIVIDADES	2022	2023												2024						
	abril/dez	jan	fev	mar	abril	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abril	maio	jun	jul
Levantamento bibliográfico e discussão teórica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Qualificação				X																
Aprovação do Comitê de Ética							X	X	X	X	X	X	X							
Pré teste e pilotagem													X	X						
Realização das entrevistas														X	X					
Organização e análise dos dados														X	X	X	X	X		
Revisão final																		X		
Defesa da dissertação																			X	
Publicização dos resultados																				X

APÊNDICE D
ORÇAMENTO

Material de consumo	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor (R\$)
Papel ofício - A4 - 500 fls	1	19,8	19,8
Caneta	1	1,7	1,7
Pasta	1	8,1	8,1
Subtotal:			29,6
Despesa com transporte	Quantidade (litros)	Valor unitário (R\$)	Valor (R\$)
Gasolina	10	5,03	50,3
Subtotal:			20,12
Total:			79,9

ANEXO A

PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA/UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções de médicos e enfermeiros sobre as barreiras de acesso à saúde de transexuais e travestis em três unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Barbara Britto Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72018123.8.0000.5238

Instituição Proponente: Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.431.121

Apresentação do Projeto:

Vide conclusões e pendências

Objetivo da Pesquisa:

Vide conclusões e pendências

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide conclusões e pendências

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusões e pendências

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

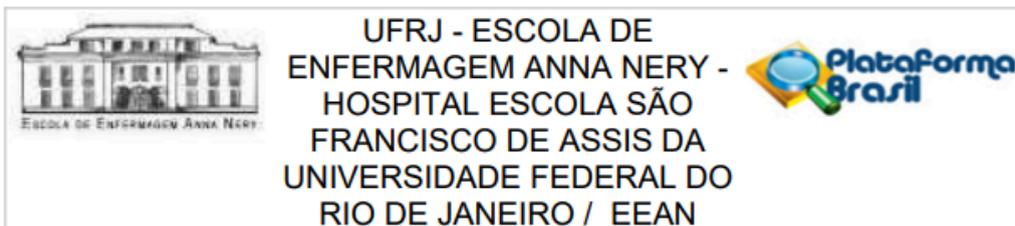
Vide conclusões e pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto: adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275		CEP: 20.211-110
Bairro: Cidade Nova	Município: RIO DE JANEIRO	
UF: RJ	E-mail: cepeeahesfa@eean.ufrj.br	
Telefone: (21)3938-0962		



Continuação do Parecer: 6.431.121

- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Carta(s) de anuência (concordância, assinatura e carimbo): adequadas
- 7) Instrumento de coleta de dados: adequado
- 8) Termo de confidencialidade: na
- 9) Termo de Assentimento Informado: na

A autora acatou todas as pendências e realizou as alterações solicitadas:

*Brochura em pdf

*Especificação do número de participantes por unidade: 30 médicos e enfermeiros de saúde da família, atuantes nas três unidades de saúde selecionadas (10 participante por unidades, sendo 5 médicos e 5 enfermeiros)

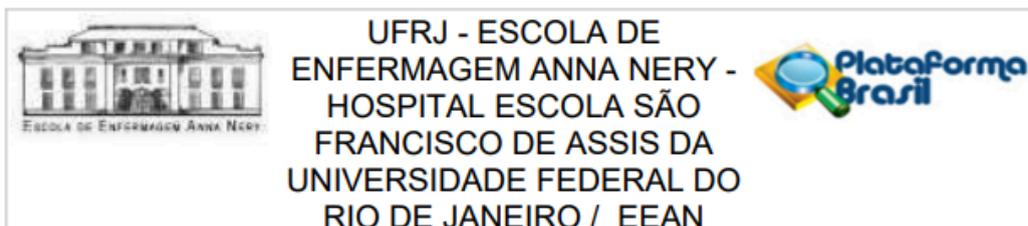
*Esclarecimento sobre o TCLE (especialistas) e TCLE (público-alvo):

Especialistas: O Comitê de Especialistas será composto por oito juízes, sendo quatro deles médicos ou enfermeiros com residência ou título de especialista em saúde da família, com atuação na APS e com expertise em cuidado de população LGBTI+; os outros quatro integrantes serão profissionais com experiência em design por, pelo menos, um ano de prática. Serão selecionados através da técnica "bola de neve".

Público-alvo: Será composto pelos mesmos médicos e enfermeiros entrevistados durante a fase de coleta de dados do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 6.431.121

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2145276.pdf	02/10/2023 16:00:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Barbara_Oliveira_Brochura_Modificado.pdf	13/09/2023 17:37:36	Barbara Britto Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Formulario_Resposta_Pendencias.pdf	13/09/2023 17:37:05	Barbara Britto Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_publico_alvo_modificado.pdf	13/09/2023 17:36:07	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Cronograma	Cronograma_MPAPS.jpg	31/07/2023 20:29:11	Barbara Britto Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes.pdf	31/07/2023 20:28:55	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_HESFA_.pdf	31/07/2023 20:27:31	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CMSCCL.pdf	07/07/2023 13:12:17	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CAP.pdf	06/07/2023 19:51:23	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	Check_List_para_pesquisadores.pdf	06/07/2023 12:25:40	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CFAMCSC.pdf	06/07/2023 12:07:34	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CFMMI.pdf	06/07/2023 12:07:14	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	06/07/2023 12:05:28	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	CL_MarceleBocaterPaulodePaiva.pdf	05/07/2023 18:39:30	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	CL_AlexandreOliveiraTelles.pdf	05/07/2023 18:38:09	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	CL_BarbaraBrittoOliveira.pdf	05/07/2023 18:36:52	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoPB.pdf	05/07/2023 16:52:55	Barbara Britto Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

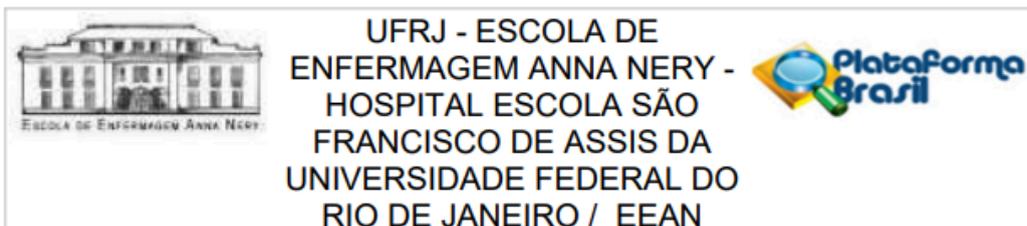
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeenhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 6.431.121

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Outubro de 2023

Assinado por:
ANDREZA PEREIRA RODRIGUES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

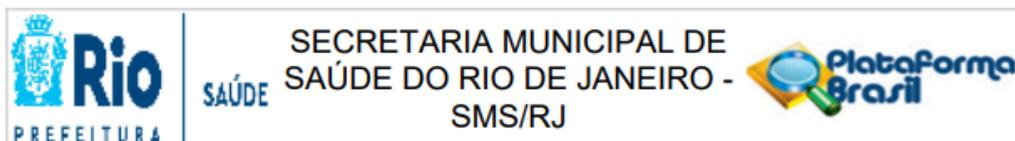
Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

ANEXO B

PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMS RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções de médicos e enfermeiros sobre as barreiras de acesso à saúde de transexuais e travestis em três unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Barbara Britto Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72018123.8.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.572.794

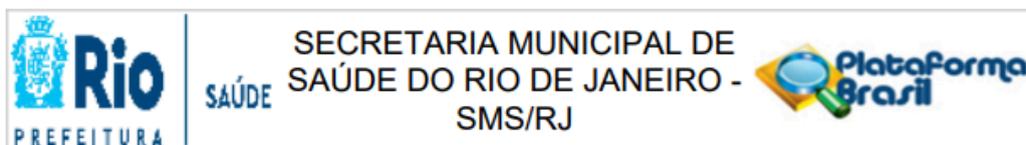
Apresentação do Projeto:

Trata-se de Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde. O projeto foi aprovado pelo CEP da proponente. Os dados da Apr do Projeto; Objetivo da Pesquisa, Av de Riscos e Benefícios foram retiradas da última versão das Inf. Básicas:

Desenho:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo descritiva-exploratória, realizada no âmbito do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, cujo objetivo principal é o de compreender as percepções de médicos e enfermeiros de Saúde da Família sobre as barreiras de acesso à saúde vivenciadas pela população trans e travesti no município do Rio de Janeiro. Para atingir este objetivo, pretende-se realizar entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros de três unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro, localizadas na Zona Norte do município, selecionadas por critério de conveniência. Entretanto, tratam-se de unidades diversas tanto em relação ao modelo de assistência, quanto ao fato de serem cenário de residência de saúde da família e de estágio de acadêmicos de medicina. Para seleção dos entrevistados, serão incluídos preceptores e residentes

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.572.794

de saúde da família, assim como profissionais sem especialização na área, devendo todos estarem atuantes na APS há mais de seis meses. Serão excluídos aqueles que estiverem afastados há mais de 30 dias. A definição do número de participantes ocorrerá pelo critério de saturação dos dados coletados durante a realização das entrevistas, quando serão interrompidas entendendo-se a exaustão das informações obtidas. Os dados coletados nas entrevistas serão analisados segundo Bardin, em três etapas: 1) pré análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A importância do estudo se dá através da justificativa de que as barreiras de acesso à saúde, como uma das representações da violência institucional, contribuem para a vulnerabilização e a marginalização da população trans e travesti e, ao compreendê-las e identificá-las, pode-se auxiliar no processo de minimização das desigualdades sociais e ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde.

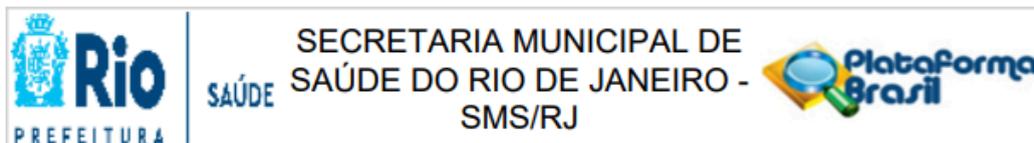
Resumo:

Pessoas transgêneras e travestis compõem uma minoria sexual e se organizam enquanto movimento social desde 1990. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, do Ministério da Saúde, divulgada em 2011, reconhece a discriminação e a exclusão social vivenciadas por esta população como determinantes sociais em saúde. As barreiras de acesso afastam estes usuários dos cuidados em saúde e relacionam-se à violência institucional, impactando nos processos de marginalização e vulnerabilização de transexuais e travestis. Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo compreender as percepções de médicos e enfermeiros de Saúde da Família sobre as barreiras de acesso à saúde vivenciadas pela população trans e travesti em três unidades da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, tipo descritivo-exploratória, em que se pretende realizar entrevistas semiestruturadas com os profissionais técnicos selecionados. A análise dos dados ocorrerá segundo Bardin. Espera-se que o trabalho possa auxiliar no entendimento e na identificação das barreiras de acesso à saúde da população transgênera e travesti, auxiliando no processo de minimização da violência institucional e, possivelmente, das desigualdades em saúde.

Metodologia proposta:

Trata-se de uma pesquisa aplicada com abordagem qualitativa, tipo descritiva-exploratória. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa possibilita a transposição para o lugar do outro, considerando a singularidade e a subjetividade dos indivíduos, tendo o verbo "compreender" como

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.572.794

o principal para a análise do seu método. Além disso, é aquela que se aplica ao estudo das percepções e do produto das interpretações realizadas pelos seres humanos, a respeito dos modos como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2014). De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas utilizam técnicas padronizadas para a coleta de dados, estudam as características de determinado grupo populacional e, aproximando-se das exploratórias, proporcionam uma nova visão sobre um determinado problema. A revisão integrativa que auxiliará na consolidação de referenciais teóricos inclui artigos publicados nos últimos cinco anos, em inglês e português, utilizando os termos DeCS "Primary Health Care", "Barriers to Access of Health Services", "Transgender Persons" e "Professional Training" nas bases de dados BVS e PubMed. Artigos sem disponibilidade pública e que tratam de cuidados em saúde ofertados em outros níveis que não a Atenção Primária à Saúde serão excluídos. Será realizada busca manual em documentos normativos, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, e consolidados sobre o tema, como o livro Saúde LGBTQIA+ Práticas de Cuidados Transdisciplinares. O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa consiste na entrevista, considerada ferramenta de excelência para uma investigação social. Neste caso, trata-se de um roteiro para uma entrevista semiestruturada, com perguntas previamente estabelecidas, de modo que as respostas dos entrevistados às mesmas perguntas podem ser contrastadas entre si (MARCONI; LAKATOS, 2022; GIL, 2008). Será garantido o caráter confidencial e anônimo das respostas, a fim de se criar um ambiente confortável e acolhedor ao participante, visando redução dos riscos da pesquisa. O roteiro da entrevista será testado previamente no momento conhecido como pré-teste em uma pequena população com características semelhantes com a que será estudada. Este momento é importante para revelar possíveis falhas em relação à estruturação da entrevista, à adequação das perguntas e à linguagem utilizada, além de se verificar a operacionalidade das questões e a validade dos dados obtidos (MARCONI; LAKATOS, 2022). Os participantes da pesquisa são profissionais técnicos, isto é, médicos e enfermeiros de três unidades de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. As unidades serão selecionadas por conveniência e o número de participantes segundo o critério de saturação das informações obtidas nas entrevistas. Como critérios de inclusão tem-se que os profissionais devem estar atuantes da Atenção Primária à Saúde há, pelo menos, seis meses, não necessariamente devem ter especialização em saúde da família e com vínculo empregatício celetista ou receberem bolsa de residência. Serão excluídos aqueles que estejam afastados há mais de 30 dias. Após aprovação do Comitê de Ética e liberação da gerência local, os participantes serão convidados para as entrevistas, tão logo tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados coletados serão analisados segundo Bardin (2016), em três etapas: 1)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.572.794

pré análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A realização das entrevistas nas unidades de Saúde da Família seguirá após a anuência institucional, com apoio dos gerentes locais. A leitura do TCLE será realizada junto aos participantes. As entrevistas serão gravadas para transcrição do conteúdo, que ficará armazenado em meio digital por cinco anos, com acesso restrito aos pesquisadores deste estudo, sendo descartado após este período.

Critério de Inclusão:

Os participantes da pesquisa são médicos e enfermeiros atuantes nas três unidades de saúde da família selecionadas. Estes profissionais podem ter vínculo empregatício celetista e, na unidade em que há programas de residência, serão incluídos preceptores e residentes. Não precisam necessariamente ter especialização em saúde da família. Devem estar atuantes na Atenção Primária à Saúde há, pelo menos, seis meses.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos profissionais de saúde que estejam afastados há mais de 30 dias.

Objetivo da Pesquisa:

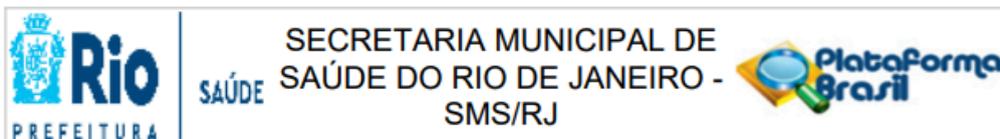
Hipótese:

Apesar de existir, desde 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que norteia a assistência integral desta população e reconhece a discriminação como determinante social em saúde, ainda há muito a se avançar no que tange à oferta de um cuidado em saúde verdadeiramente holístico e de qualidade. Os processos de vulnerabilização, marginalização e invisibilização oriundos da transfobia relacionam-se diretamente com piores indicadores em saúde da população transgênera e travesti. Compreendendo as barreiras de acesso à saúde como uma das faces da violência institucional e responsáveis por afastar estes usuários dos cuidados em saúde, faz-se urgente refletir sobre a prática diária do serviço de saúde que, ao se basear numa lógica binária e cisheteronormativa de cuidado, perpetua a opressão vivenciada por esta população.

Objetivo Primário:

Compreender as percepções de médicos e enfermeiros sobre as barreiras de acesso à saúde enfrentadas pela população trans e travesti em três unidades da Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.572.794

Objetivo Secundário:

- 1) Identificar barreiras de acesso à saúde trans e travesti do ponto de vista dos profissionais entrevistados; Discutir sobre violência institucional nos serviços de saúde;
- 2) Entender o conhecimento da PNSI-LGBT por parte dos trabalhadores entrevistados;
- 3) Debater se a PNSI-LGBT, como marco teórico principal, se materializa na prática em relação ao cuidado integral da população trans e travesti;
- 4) Elaborar uma cartilha de diretrizes voltadas a médicos e enfermeiros de saúde da família com estratégias para minimização das barreiras de acesso à saúde da população trans e travesti.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa inclui riscos considerados mínimos, como o desconforto e o constrangimento dos profissionais de saúde entrevistados ao discutirem e debaterem sobre saúde da população trans e travesti, considerando tratar-se de uma temática relacionada a preconceitos e discriminação. Para reduzi-los, serão reafirmadas questões éticas, como sigilo das informações coletadas, espaço seguro para realização das entrevistas e garantia de interrupção da participação no estudo a qualquer momento, mediante o desejo do entrevistado.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os participantes, sendo a participação na pesquisa não remunerada. Espera-se que este estudo possa auxiliar na identificação das barreiras de acesso à saúde da população trans e travesti e apontar estratégias para superá-las; minimizar a violência institucional dos serviços de saúde; garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

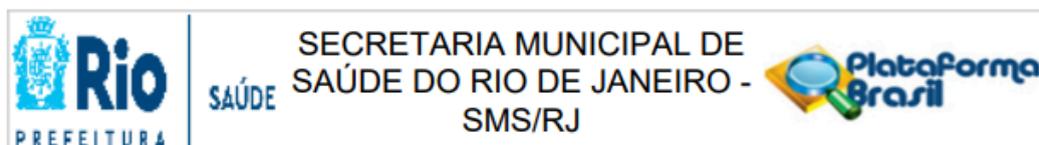
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de tema relevante para garantir o acesso da pop trans e travesti às unidades de saúde básicas. O estudo e seus objeto e objetivos secundários estão adequados a curso de Mestrado Profissional. O referencial é atual, relevante e adequado para suportar o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos apresentados estão adequados.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.572.794

Recomendações:

Sugiro retirar a hipótese por ser inadequada para este estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

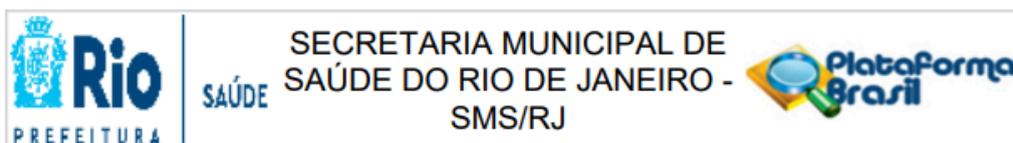
Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.572.794

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

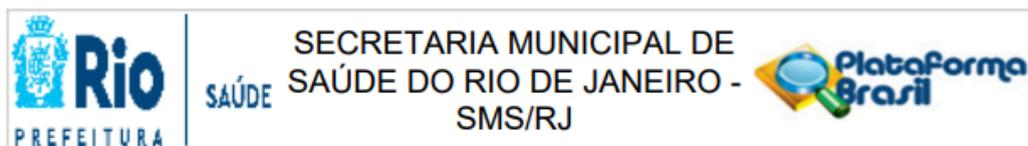
As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Barbara_Oliveira_Brochura_Modificado.pdf	13/09/2023 17:37:36	Barbara Britto Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Formulario_Resposta_Pendencias.pdf	13/09/2023 17:37:05	Barbara Britto Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_publico_alvo_modificado.pdf	13/09/2023 17:36:07	Barbara Britto Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes.pdf	31/07/2023 20:28:55	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_HESFA_.pdf	31/07/2023 20:27:31	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CMSCCL.pdf	07/07/2023 13:12:17	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CAP.pdf	06/07/2023 19:51:23	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	Check_List_para_pesquisadores.pdf	06/07/2023 12:25:40	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CFAMCSC.pdf	06/07/2023 12:07:34	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	TAI_CFMMI.pdf	06/07/2023 12:07:14	Barbara Britto Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.572.794

Outros	Intrumento_de_coleta_de_dados.pdf	06/07/2023 12:05:28	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	CL_MarceleBocaterPaulodePaiva.pdf	05/07/2023 18:39:30	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	CL_AlexandreOliveiraTelles.pdf	05/07/2023 18:38:09	Barbara Britto Oliveira	Aceito
Outros	CL_BarbaraBrittoOliveira.pdf	05/07/2023 18:36:52	Barbara Britto Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2023

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepmsrj@yahoo.com.br

ANEXO C

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANA MARIA CONCEIÇÃO DOS SANTOS CORREA



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

A Clinica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correa, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, sob responsabilidade da pesquisadora Barbara Britto Oliveira, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de Anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 06/07/2023.

Documento assinado digitalmente
 ANA GABRIELA SUETH SANTIAGO
 Data: 06/07/2023 11:52:14-0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura e Carimbo do Diretor da
Unidade

ANEXO D
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA CLÍNICA DA FAMÍLIA MESTRE
MOLEQUINHO DO IMPÉRIO



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

A/O CF Mestre Molequinho do Império (nome da instituição), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, sob responsabilidade da pesquisadora Barbara Britto Oliveira, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de Anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 06 / 07 / 2023

Ángelo Pereira B. da Silva
Gerente Serviços Saúde
CF Mestre Molequinho do Império
Matrícula: 6200419406

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO E
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE
CARLOS CRUZ LIMA



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

A/O CMS CARLOS CRUZ LIMA, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, sob responsabilidade da pesquisadora Barbara Britto Oliveira, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de Anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 07 /07 /2023 .

Fabiola dos Santos Torquato de Oliveira
 CMS Carlos Cruz Lima
 Gerente de Atenção e Saúde
 Matr- 62623210-6

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO F

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL COORDENAÇÃO DE ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.3



**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
COORDENAÇÃO DE ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.3**

Ilma Sra. Ana Luiza Machado Pinto,

Informo que a pesquisa intitulada "PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO", terá como cenário três unidades de saúde da família da Área Programática 3.3, sendo elas: Clínica da Família Mestre Molequinho do Império, Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correia e Centro Municipal de Saúde Carlos Cruz Lima. A pesquisa será conduzida pela estudante Barbara Britto Oliveira, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob orientação dos Prof. Me. Alexandre Oliveira Telles e Profa Dra. Marcele Bocater Paulo de Paiva, com o(s) seguintes objetivos: compreender as percepções de médicos e enfermeiros sobre as barreiras de acesso à saúde enfrentadas pela população trans e travesti em três unidades da Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro; identificar barreiras de acesso à saúde trans e travesti do ponto de vista dos profissionais entrevistados; discutir sobre violência institucional nos serviços de saúde; entender o conhecimento da PNSI-LGBT por parte dos trabalhadores entrevistados; debater se a PNSI-LGBT, como marco teórico principal, se materializa na prática em relação ao cuidado integral da população trans e travesti; elaborar uma cartilha de diretrizes voltadas a médicos e enfermeiros de saúde da família com estratégias para minimização das barreiras de acesso à saúde da população trans e travesti. A coleta de dados ocorrerá no período de agosto a setembro de 2023 por meio de entrevistas semiestruturadas.

Ressaltamos que os dados serão coletados somente após aprovação do Projeto de Pesquisa nos Comitês de Ética envolvidos e de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração desta coordenação ou chefia, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 06 / 07 / 23.

Alexander Rocha
Mat: 11/236795-1
Assessor Subst. Automático
do C.S. 3.3
S/SUBPAV/CAP 3.3

Assinatura e Carimbo da Coordenadora da CAP 3.3