

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA
INTERPROFISSIONALIDADE**

ROBERT LINCOLN BARROS MELO

**O ACOLHIMENTO E O CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS
TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

ROBERT LINCOLN BARROS MELO

O ACOLHIMENTO E O CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade, Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Ma. Tereza Angélica Lopes de Assis.

Coorientador: Prof. Dr. Eden Erick Hilário Tenório de Lima.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Aluno concluinte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 12 de novembro de 2021.

“O acolhimento e cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na atenção primária à saúde”.

Situação: APROVADO

Banca Examinadora:

Professor orientador

Examinador 1

Examinador 2

Coord. do Cesp2019

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a cada pessoa travesti e transexual (TT) que se encontra na linha de frente do preconceito e da transfobia, lutando diariamente para sobreviver mais um dia, já que o nosso país é o que mais mata pessoas trans no mundo. O país naturalizou um processo de marginalização e precarização para a aniquilação das pessoas trans;

À todas as pessoas TT que não conseguiram chegar à universidade, e que lutam pela dignidade, inclusão e acesso a uma saúde integral de qualidade;

À todas as pessoas TT que tiveram sua vida ceifada, pela forma de ser quem e de amar. A vida é curta, isso é fato, mas para essas pessoas se tornou mais curta do que deveria.

No momento final de escrita deste trabalho, Roberta Silva é atacada de maneira cruel, tendo 40% do corpo queimado, vítima de transfeminicídio. Me pergunto quantos sonhos como esse não foram interrompidos? Me pergunto o quanto de potencial o mundo deixou de ter pelo preconceito? Me pergunto até quando isso vai se repetir?, até quando o Brasil vai liderar o ranking de assassinatos de pessoas trans?. É intolerável qualquer vida perdida para o ódio e preconceito.

À todas as pessoas TT de Alagoas, que tiveram uma coragem enorme de enfrentar em todo dia de sua caminhada uma sociedade que busca excluir e marginalizar. Que as lutas e memórias continuem a despedaçar montanhas e mover as pessoas.

O preconceito não tem espaço onde o amor e respeito se fazem presente. Se não tiver amor para dar, o mínimo é respeitar.

AGRADECIMENTOS

O caminho foi longo e árduo, mas com apoio é sempre mais tranquilo. Assim, buscando reconhecer e declarar o meu estado de gratidão por cada uma das pessoas que pôde acompanhar, contribuir, torcer e vibrar o fim de mais um ciclo.

Agradeço a Deus por me manter firme e resiliente, ainda que o cansaço e tantas outras barreiras da vida tenham tentado me tombar. Obrigado Senhor, por nunca me desamparar.

À minha mãe, toda gratidão por tudo que fez e faz por mim! Com o melhor de si, me ensinou que através da educação, humildade, esforço e perseverança é possível alcançarmos nossos objetivos e sonhos aparentemente impossíveis.

Aos meus irmãos, pelo amor e pela admiração de irmãos e com quem posso sempre contar. Mesmo distantes fisicamente, mas com pensamentos ligados, vibrando em cada meta alcançada.

Aos familiares, amigas e amigos, por compartilhar da minha luta acadêmica para que eu pudesse fechar esse ciclo. Gratidão!

À minha orientadora, **Professora Tereza Angélica**, exemplo de força e de mulher, que acreditou em mim e no potencial do meu estudo, muito obrigado pela confiança, aprendizado e ensinamentos! Suas palavras sábias e reflexões sempre foram inspiradoras para a escrita deste estudo.

Às Mestras e Mestres do Núcleo de Saúde Pública (NUSP/UFAL), que ao longo da trajetória acadêmica, pelos lugares onde passei, contribuíram para a minha formação. Especialmente às professoras **Margareth e Suely**, pelo prazer da convivência e da troca de experiências e estímulo para permanência na luta por um SUS igualitário, equitativo e equânime, justo e igual em termos de acesso para todas as pessoas.

Aos colegas de turma, pela companhia e por todo apoio recebido, sei que nossa relação de troca de experiências muito nos ensinou. Muito obrigado, por cada riso e apoio frente aos desafios.

Aos que aqui não estão citados, mas que através de amor e companheirismo se fizeram presentes em minha trajetória, dividindo momentos, criando boas memórias e tornando a vida mais alegre. Obrigada por compor cada pedaço da minha história!

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que mais um ciclo fosse finalizado, o meu muito obrigado!

Agradeço a você, que está lendo!

*“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais,
humanamente diferentes e totalmente livres”.*

(Rosa Luxemburgo)

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de intervenção o acolhimento e o cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na atenção primária à saúde. Busca-se com esse plano de intervenção, refletir e propor estratégias frente às necessidades em saúde das pessoas travestis e transexuais e se são atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). É sabido que o afastamento de pessoas travestis e transexuais das unidades de assistência à saúde é reflexo de diversos obstáculos como discriminação, constrangimento, preconceito, estigma e falta de treinamento profissional adequado para o atendimento às pessoas travestis e transexuais. A heteronormatividade institucional, ou seja, a presunção da heterossexualidade como regra, tem efeitos deletérios sobre o acolhimento e o processo de cuidado das pessoas TT. Neste sentido, objetiva-se propor um projeto de intervenção para implantação de um protocolo de acolhimento e cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na atenção primária. A partir do modelo de planejamento estratégico sistêmico propiciou a elaboração do projeto de intervenção para a criação do plano de ação para o acolhimento e cuidado integral com ênfase na promoção de saúde das pessoas travestis e transexuais na atenção primária. O plano será realizado no município de Maceió que possui em sua estrutura 8 distritos sanitários e 80 equipes de Saúde da Família. Com a execução deste plano de intervenção, espera-se que a assistência na APS do município seja qualificada às pessoas travestis e transexuais, com ênfase no acolhimento adequado, livre de preconceito e discriminação das unidades básicas de saúde.

Descritores: Minorias Sexuais e de Gênero; Minorias de Gênero; Travestilidade; Pessoas Transgênero; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The present work has as object of intervention the reception and the integral care to transvestite and transsexual people in primary health care. With this intervention plan, the aim is to reflect and propose strategies for the health needs of transvestites and transsexuals and if they are met in Primary Health Care (PHC). It is known that the removal of transvestites and transgender people from health care units is a reflection of several obstacles such as discrimination, embarrassment, prejudice, stigma and lack of adequate professional training to care for transvestites and transsexuals. Institutional heteronormativity, that is, the assumption of heterosexuality as a rule, has deleterious effects on the reception and care process of TT people. In this sense, the objective is to propose an intervention project to implement a protocol of reception and comprehensive care for transvestites and transgender people in primary care. Based on the systemic strategic planning model, it allowed for the elaboration of the intervention project for the creation of the action plan for the reception and comprehensive care, with an emphasis on health promotion for transvestites and transgender people in primary care. The plan will be carried out in the municipality of Maceió, which has 8 health districts and 80 Family Health teams in its structure. With the execution of this intervention plan, it is expected that the assistance in the PHC of the municipality will be qualified for transvestite and transsexual people, with an emphasis on adequate reception, free from prejudice and discrimination from the basic health units.

Keywords: “Sexual and Gender Minorities”; “Gender Minorities”; “Transvestility”; “Gender People”; “Primary Health Care”.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissível
LGBTQIA+	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TGEU	Transgender Europe
TT	Travesti e Transexual
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	SITUAÇÃO PROBLEMA	13
3	JUSTIFICATIVA.....	14
4	OBJETIVOS.....	16
4.1	Objetivo geral	16
4.2	Objetivo específico	16
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
5.1	Sexualidade e Gênero.....	17
5.2	Acesso e Equidade em Saúde.....	23
5.3	Vulnerabilidade e Saúde LGBTQIA+.....	25
5.4	Perspectivas do Cuidado Integral.....	30
5.5	APS e Saúde das Pessoas TT.....	37
5.6	Necessidades de Saúde da Pessoa TT.....	39
5.7	Despatologização.....	44
6	PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	47
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto de intervenção o acolhimento e o cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na atenção primária à saúde. Busca-se com esse plano de intervenção, refletir e propor estratégias frente às necessidades em saúde das pessoas travestis e transexuais e se são atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). A temática foi aprofundada após experiência da operacionalização da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIA+) no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Alagoas, e durante a implantação do Ambulatório de Acolhimento e Cuidado Integral de Pessoas Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIA+QIA+) do Hospital da Mulher Dr^a. Nise da Silveira (HM), onde percebeu-se o despreparo e o preconceito por parte dos profissionais, dificultando o acesso e o atendimento prestado. Recentemente, surgiram inúmeras reflexões sobre o tema, e com isso pretende-se, através deste plano de intervenção, colaborar nas discussões acerca das demandas em saúde das travestis e transexuais na APS e de políticas públicas adequadas a essa população.

Entende-se por pessoas trans, todas aquelas pessoas que não se identificam com o sexo que lhes foi assignado pelos discursos médico e jurídico ao nascer (SIMAKAWA, 2015). Dentro desta definição guarda-chuva podemos encontrar as categorias identitárias de: mulheres transexuais, homens trans, travestis e pessoas não binárias. (ANDRADE, 2012).

A identidade de gênero é definida como um reconhecimento que a pessoa tem de si mesma, dentro do padrão de gênero reconhecido socialmente em feminino ou masculino (KULICK, 2008).

A constituição identitária configura-se como uma vulnerabilidade no enfrentamento dos processos de saúde-doença no cenário de assistência saúde, tendo em vista a existência, por vezes, de preconceito nos discursos e condutas dos profissionais atuantes nestes serviços, bem como os valores que permeiam as instituições de saúde no que diz respeito às conformações de gênero e ao tratamento dos usuários de acordo com padrões de heteronormatividade. Desse modo, o distanciamento e a exclusão das pessoas trans e travestis dos serviços de saúde decorrem do estabelecimento de ambientes hostis e desacolhedores para a

assistência, em franco desacordo à integralidade do cuidado e ao exercício da cidadania deste grupo.

É de bom alvitre registrar que, o estigma social existente corrobora com a marginalização dessa população, pois os direitos fundamentais dessas pessoas são negados cotidianamente. Somente 5% consegue um emprego com carteira assinada, fazendo com que 90% recorra à prostituição (BENEVIDES, 2017). A exclusão do mercado de trabalho, torna a prostituição de rua a única opção de sobrevivência. Resultado disso é uma expectativa de vida de 35 anos, metade da média nacional (BRASIL, 2017).

Diante disso, é importante entender a discriminação como determinante social de saúde. Uma das consequências é o chamado “estresse de minoria” (MEYER, 2003) - estresse único, crônico, de base social, que vulnerabiliza ainda mais esse grupo.

O cenário da APS ganha destaque para a efetivação de tais preceitos, devido à sua posição como a porta de entrada e comunicação dos usuários com toda a rede do sistema de saúde, atuando de forma descentralizada e capilarizada próximo ao cotidiano dos sujeitos no âmbito dos princípios do SUS (MACHADO et al, 2016). A APS precisa organizar-se a partir das necessidades de saúde dos usuários, na perspectiva de acolher, corresponsabilizar, propiciar resolutividade e autonomizar.

Levando em consideração os aspectos supracitados, fica evidente a necessidade de qualificação da rede de atenção à saúde, a partir de um processo de (re)construção e de (re)estruturação a fim de combater a iniquidade sofrida pela população transgênero. A implementação de estratégias na APS cumpre com esse papel, desde que sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis.

Considera-se pertinente falar sobre o tema, trazendo-o à realidade concreta por meio de um plano de intervenção, como exemplo de muitos casos que devem ocorrer nas ESFs do país, e evidenciar o despreparo da área primária de saúde para efetivar um atendimento profícuo, bem como da sociedade, que estigmatiza a população transgênero. Relacionar esses dois fatos é fundamental, pois o estigma e o preconceito são os principais motivadores do atraso do país em relação aos cuidados básicos da saúde dos transgêneros.

Pretende-se, com este plano de intervenção, contribuir para a qualificação da APS do município de Maceió, frente ao acolhimento e cuidado integral das pessoas travestis e transexuais, observando as dinâmicas e obstáculos impostos ao acesso de pessoas trans à APS.

2 SITUAÇÃO-PROBLEMA

A Constituição Federal de 1988 através dos artigos 1º, III; 6º, 23, II, 196, 198, II e § 2º, e 204 consagrou a saúde como um direito fundamental, e que, portanto, deve ser garantida a todos os cidadãos. Entre os princípios que orientam o SUS, está o de que a assistência à saúde deve ser universal, integral e igual (BRASIL, 1990). Tal igualdade implica que não haja preconceitos; ou seja, que todos, independentemente de cor, classe social, orientação sexual e identidade de gênero, sejam tratados de forma igualitária.

Partindo de tais considerações, é sabido que o afastamento de pessoas travestis e transexuais das unidades de assistência à saúde é reflexo de diversos obstáculos como discriminação, constrangimento, preconceito, estigma e falta de treinamento profissional adequado para o atendimento às pessoas travestis e transexuais. A heteronormatividade institucional, ou seja, a presunção da heterossexualidade como regra, tem efeitos deletérios sobre o acolhimento e o processo de cuidado das pessoas TT.

É fato que, a maioria dos cursos de graduação e de ensino técnico ainda não inclui em seu currículo as especificidades de cuidado de pessoas trans, portanto, além de ampliar a formação dentro dos cursos formais, é necessário oferecer treinamento para profissionais que já se encontram em serviço.

As situações de transfobia vivenciadas nos diversos setores de serviços de saúde, inclusive na recepção das Unidades Básicas de Saúde (UBS), são violências banalizadas por profissionais, que não atentam para direitos e necessidades das pessoas trans.

Destaca-se ainda que, a interseccionalidade entre orientação sexual, identidades e/ou expressões de gênero, raça/cor e classe social aumentam as vulnerabilidades sociais, incidindo em maior grau em pessoas trans negras e pertencentes às classes populares.

3 JUSTIFICATIVA

O interesse em abordar essa temática surgiu a partir de algumas inquietações vividas durante a experiência da gestão da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Alagoas, onde pude perceber a morte social de algumas pessoas devido as suas diferenças e ao seu não enquadramento em uma sociedade ainda reticente ao que foge de todo e qualquer padrão – falo da (não) vivência social das travestis em nossa cultura. Em seguida levantei a seguinte questão: as pessoas TT possuem acolhimento e cuidado integral das práticas de saúde no âmbito da atenção primária a saúde?

No cotidiano diário, realizando cooperação técnica nos 102 municípios do estado de Alagoas, pude obter essa resposta percebendo que a maioria não possui nem acesso por diversos fatores determinados historicamente; tal interesse aumentou ao perceber as poucas e limitadas produções acerca da temática; e por último, e não menos importante, cheguei à conclusão a partir de diálogos com gestores de saúde, que a maioria dos profissionais quando não têm aversão, não fazem ideia de como desenvolver práticas de cuidado para as pessoas travestis e transexuais.

Além disso, percebe-se um exagerado preconceito e discriminação nos serviços de saúde com as pessoas travestis e transexuais. Nesse sentido, torna-se imprescindível conhecer as subjetividades para um alinhamento de ações estratégicas com vistas no acolhimento e cuidado integral, de maneira que caminhem junto com a realidade situacional destas pessoas. Outrossim, considerando-se a complexidade da temática, faz-se necessário compreender os indivíduos vulneráveis, como é o caso das pessoas (TT), e evidenciar particularidades intrínsecas a este grupo específico.

Em especial, para a execução deste Plano de Intervenção, é imprescindível compreender se as ações e reações dirigidas às pessoas (TT) tolhem a busca delas por assistência à saúde no âmbito da atenção primária. Intentamos, dessa forma, contribuir para um melhor acesso, acolhimento e uso dos serviços pelas pessoas travestis e transexuais na atenção primária, que é porta de entrada no nosso sistema de saúde.

Espera-se que este Plano de Intervenção possa contribuir efetivamente com o campo do conhecimento acerca do saber-fazer na assistência à saúde de (TT),

trazendo pistas capazes de promover um cuidado humanizado na atenção primária à saúde.

Assim, estaremos em busca de um horizonte onde o respeito e a dignidade sejam uma realidade na vivência de todas as pessoas TT em um encontro acolhedor com a saúde, possibilitando (re) orientar a construção e execução de projetos que abarcam a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

- Fomentar a implantação de um protocolo de acolhimento e cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na atenção primária.

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar os principais problemas de saúde e fatores de risco que afetam as pessoas travestis e transexuais (TT);
- Identificar, na rede de atenção à saúde, a oferta de serviços especializados que atendem às (TT);
- Identificar questões que interferem na qualidade do atendimento às pessoas TT na atenção primária (APS);
- Propor estratégias de acolhimento, abordagem e cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na APS;
- Elaborar ações estratégicas individuais e coletivas direcionadas aos profissionais que atuam na atenção primária para atuação na diversidade de gênero;
- Desenvolver oficinas de sensibilização para os profissionais das equipes de atenção primária para o planejamento de ações e para reorganização do processo de trabalho;

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Sexualidade e Gênero

A sexualidade pode ser explicada como um componente essencial para fundamentar as bases da existência de um ser, justamente por perpassar todas etapas da sua vida, além dos contatos pessoais nela estabelecidos. Ela tem a capacidade de estruturar a identidade e a personalidade do indivíduo, já que ela consegue congrega seus níveis biológico, psicológico e social (ABDO; GUARIGLIA-FILHO, 2004).

Compreende-se a pluralidade que constitui a humanidade, visto que os seres que a integram divergem na maneira de ser, sentir, raciocinar, agir e até mesmo de perceber a vida e de nos relacionarmos afetivamente e/ou sexualmente com outras pessoas. Assim, podemos considerar “que não existe um modo único de relação, que supostamente seja natural, estável, desejável, sadio, certo ou normal, mas, ao contrário, as possibilidades são inúmeras” (BRASIL, 2010, p. 13).

A sexualidade também é plural e o termo orientação sexual é utilizado para contemplar a diversidade de possibilidades de viver a sexualidade, pois significa a orientação que cada sujeito dá ao exercício da sua sexualidade. Assim, uma mesma pessoa, ao longo de sua vida, pode apresentar mais de uma identidade sexual, ou seja, ser heterossexual, homossexual ou bissexual etc. Essas identidades sexuais são culturalmente construídas e, na nossa cultura, referem-se às formas como os sujeitos vivem sua sexualidade, que pode ser com pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou, ainda, com ambos os sexos (GOELLNER, 2010).

As identidades de gênero tendem a estar em consonância com o sexo biológico do sujeito, porém, não são estruturas fixas, encerradas em si mesmas; pelo contrário, podem e estão continuamente se renovando, em ebulição, e a cada momento podem ser novamente moldadas de outras formas. Elas também são impostas pelo processo de socialização, que impede construções singulares, moldando um comportamento comum a todos os indivíduos. Com isso, a socialização é imperativa, mas não determinante nos processos identitários. A identidade de gênero não possibilita uma pluralidade de escolhas identitárias, pois a não correspondência entre sexo e gênero possibilitaria se viver como mulher em um corpo de homem, e como um homem no corpo de uma mulher (SILVA, 2006).

Como se refere à experiência de uma pessoa com o seu próprio gênero, as pessoas trans e das travestis possuem uma identidade de gênero que é diferente do sexo que lhes foi designado no momento de seu nascimento. A identidade de gênero é diferente de orientação sexual, pois as pessoas trans podem ter qualquer orientação sexual, incluindo heterossexual, homossexual, bissexual e assexual.

A análise de Dinis (2008) sobre a História da Sexualidade, de Michel Foucault, demonstra as possibilidades de novos olhares para as diferenças sexuais e de gênero, após a produção pós-estruturalista francesa. A sexualidade passa a ser entendida como uma produção cultural com poderes regulatórios da vivência sexual humana.

Assim, a essência dos dispositivos da sexualidade no sentido delineado e analisado por Michel Foucault (1988), é constituído por práticas discursivas e não-discursivas que produzem uma concepção do indivíduo enquanto sujeito de uma sexualidade, ou seja, saberes e poderes que buscam normalizar, controlar e estabelecer "verdades" acerca do sujeito na relação com seu corpo e seus prazeres (DINIS, 2008, p. 482).

Portanto, o que ele chama de dispositivo é uma forma de dominação que usa o conceito de sexualidade como a medida de segregação entre normalidade e anormalidade e a rede que se estabelece entre esses elementos (FOUCAULT, 1995).

O processo histórico de negociações e disputas de poder sobre o corpo, o desejo, a escolha e principalmente sobre o prazer é o que constitui a sexualidade em si (FÉBOLE, 2017). Pode-se afirmar que ela forma um conjunto heterogêneo que abarca diferentes discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições filosóficas e morais (FOUCAULT, 2015). Os aspectos relacionados à sexualidade não constituíam um marco identitário antes da criação do dispositivo da sexualidade, pois o uso do corpo, o intercuro sexual, as práticas corporais ligadas à produção do prazer não compunham um modo de falar de si, ou seja, não compunham um lugar subjetivo sobre nós e sobre os outros (FÉBOLE, 2017).

Para o sociólogo britânico Weeks (2000), a sexualidade é moldada na conexão da subjetividade do indivíduo e da sociedade na qual ele está inserido, porque, no centro de ambas, está o corpo e suas potencialidades. À medida que a sociedade se tornou mais interessada na vida de seus membros, ela se tornou mais centrada no disciplinamento dos corpos e na vida sexual dos indivíduos (LOURO, 2010).

Paiva (2008) afirma que a história da sexualidade foi dividida em dois períodos - o sexológico e o construcionista. O período sexológico foi marcado por discursos técnicos e científicos sobre a sexualidade, tendo sua base de sustentação nas noções

de impulso, de força natural de imenso poder, se opondo à civilização e à cultura e com intuito de desnudar os seus segredos e a sua natureza. Mas, era preciso beneficiar a humanidade com o estabelecimento de um potencial equilíbrio entre indivíduo e sociedade, sem alterar a essencial diferença entre homens e mulheres, que assumissem relações sexuais naturais e saudáveis de caráter heterossexual (PAIVA, 2008).

Na esfera da sexualidade, surgem dessas concepções os modelos clínicos de intervenção operados por psicólogos, médicos e psicanalistas até hoje, permitindo grandes contribuições para a mudança social, como a naturalização do prazer no mundo de tradição judaico-cristã, legitimação da sexualidade independente da reprodução com o advento da pílula anticoncepcional e revelando a prevalência maior e insuspeitada de certas atitudes e práticas sexuais (PAIVA, 2008).

Findando os anos 1960, as teorias sobre a vida instintiva começam a ser questionadas por teóricos dos movimentos feminista e homossexual, que impulsionaram de forma definitiva o crescimento de estudos no campo das ciências humanas e sociais, aprofundando a crise do paradigma sexológico (DETOMINI; PARO, 2015). Assim, surge o discurso construcionista, “que redefiniu o gênero e a identidade sexual, separou a identidade das práticas sexuais, questionou o determinismo biológico, construiu a história da homossexualidade e da origem da dominação masculina” (PAIVA, 2008, p. 644).

Ainda de acordo com as análises de Paiva (2008), teóricos do campo construcionista como Heilborn (1999) e Parker (1994) têm demonstrado a natureza intersubjetiva da sexualidade e dos significados sexuais e sua semelhança com outras atividades sociais, produzem a vivência subjetiva e a vida cotidiana de homens e mulheres. A sexualidade está impregnada de simbolismos compartilhados e, por isso, extrapola às dimensões reprodutiva e psíquica (PAIVA, 2008).

As pesquisas sexológicas se solidificaram a partir da resolução de problemas demográficos e de saúde e da consolidação de discursos sobre o biopoder, conforme definido por Foucault. Já as abordagens construcionistas alicerçaram sua base conceituando a sexualidade como um fenômeno social, trazendo reflexões sobre questões como a discriminação e a violação de direitos sexuais, a epidemia da aids e também a desigualdade entre os sexos e a subordinação das mulheres. Essa última, a partir de 1970, começa a ser questionada pela produção feminista (PAIVA, 2008).

Apesar de conectados, sexo e gênero são domínios distintos, constituem sistemas diferentes e exigem teorias próprias, de acordo com Rubin (2003 apud PAIVA, 2008, p. 644). “O sistema sexo/gênero representa a forma que a sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana com satisfação das necessidades sexuais” (RUBIN, 1975 apud PAIVA, 2008). Assim, estabeleceu-se para “sexo” um conceito descritivo para as peculiaridades anatômicas básicas, internas e externas, que diferenciam o homem da mulher, já “gênero” refere-se à construção social entre homens e mulheres e a “sexualidade” uma descrição geral para série de crenças, comportamentos, relações e identidades construídas no meio social e modeladas no decorrer da história, que Weeks (2000) chamou de construcionismo social. Essa nova abordagem veio com o intuito de compreender as relações de poder que modelam atitudes em relação ao corpo.

Cortez (2010) refere a diferença entre as abordagens sexológicas e construcionistas como tensões históricas em torno do essencialismo, que segundo Vance (1989), representa um divisor de águas entre os enfoques naturalista e social, conferindo pluralidade entre as próprias abordagens construcionistas.

Um das heranças da teoria feminista foi a consagração da categoria gênero, no final do século XX, como relevante para a análise social, favorecendo a retomada crítica sobre os operadores da estruturação e reprodução social (PAIVA, 2008). Butler (2007) afirma que o gênero é performativo, como um processo de construção e reconstrução, que nos ajuda a compreender um dos mecanismos mediante os quais a realidade é socioculturalmente estabelecida, através das normas que regem a realidade.

Os estudos de Michel Foucault, nos anos 1970, sobre a história da sexualidade mostram que novas sexualidades são produzidas constantemente e isso configura como estratégias de um dispositivo político. Assim, ele deixa de dar importância demasiada às características repressivas da sexualidade e suas consequências sobre os indivíduos, destacando os aspectos generativos da organização social do sexo. Ele também considerou importante analisar o sexo na sua concepção enquanto história, significação e discurso, abortando o binômio sexo/natureza. “A própria distinção homo/hetero serviu de base para todos os aspectos da vida contemporânea” (GAMSON, 2006, p. 353). Nesse sentido, a nova ciência sobre o comportamento sexual deu uma história ao sexo e criou uma alternativa construtivista ao essencialismo sexual hegemônico (RUBIN, 2003).

A heteronormatividade sustenta-se na naturalidade da heterossexualidade, embutindo uma associação obrigatória entre sexo e reprodução, que se perpetua através de um sistema reforçado de reprodução social. As práticas sexuais são legitimadas por vários mecanismos que estabelecem, por exemplo, a família heterossexual e produtiva economicamente como modelo a ser seguido e rejeitam qualquer prática considerada ininteligível e os corpos abjetos (BUTLER, 2004). Considerando o fato de que vivemos em uma sociedade heterossexista, que pressupõe a heterossexualidade como única forma válida, normal e legítima de expressão da sexualidade, e heteronormativa, que emprega uma diferença natural entre o masculino e o feminino, levando em conta seus sexos biológicos, as pessoas que se autodeclaram não heterossexuais vivem o dilema de assumirem-se para si mesmas e para os outros e sofrerem as consequências de exclusão social e da vitimização do heterocentrismo, que tratam todos por princípio como heterossexuais (TEIXEIRA et al., 2012).

A sexualidade é estruturada como dispositivo histórico de poder, que procura se consolidar na instituição familiar para “formar todos para serem heterossexuais ou organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e ‘natural’ da heterossexualidade” (MISKOLCI, 2009 p.12). Assim, a heteronormatividade enfatiza a relação entre normalização e sua instituição.

Foucault (2015) coloca que a homossexualidade surgiu como uma das figuras da sexualidade, para afirmar a necessidade da heterossexualidade, a partir da existência de um contrário que deve ser evitado, aquilo que seria oposto, chamando a atenção para o surgimento da identidade homossexual.

Em 1869, o médico húngaro Karoly Benkert utilizou pela primeira vez o termo homossexualismo. Sua descrição médico-moral surgiu no século XIX, pelo alemão Kraft-Ebing, para especificar as identidades sexuais no que se referia a seus tipos e formas, tornando-se o oposto à heterossexualidade após a consolidação das sociedades industrializadas ocidentais (FRANCO, 2009). Na sociedade brasileira, o livro “Atentados ao pudor: estudos sobre as aberrações do instinto sexual” de Francisco José Viveiros de Castro, professor de Criminologia da Faculdade de Direito do Rio de Janeiro e Desembargador da corte de Apelação do Distrito Federal, nos apresenta pela primeira vez o termo homossexualidade, em 1894 (ALMEIDA, 2012).

O saber científico que se constituía para que sua legitimação acontecesse, para reconhecimento e assim diferenciação do aceitável e do não-aceitável, precisava

estabelecer as diferenças entre o normal e o patológico e conhecer a descrição e identificação das doenças (PEREIRA, 2009; MOSCHETA, 2011). Dentre as práticas marcadas como desviantes da sexualidade dita normal se encontram a masturbação, o masoquismo, qualquer prática sexual que se distanciasse do objetivo de procriação e as práticas sexuais não-heterossexuais. A homossexualidade, assim como a travestilidade, é uma perversão e se trata de uma predisposição congênita, classificada como perversa por se desviar de sua direção natural e individualizada (VIEIRA, 2009).

A homossexualidade ao longo dos tempos e das diferentes culturas foi motivo de punição, vergonha, segregação e violência contra todos aqueles que atravessam a fronteira da heteronormatividade. Mitos criados sobre a homossexualidade acabam consolidando a heterossexualidade como sendo uma sexualidade estável e natural, inviabilizando o sujeito homossexual de viver plenamente. Para Louro (2001, p.542) aos homossexuais restou habitar as margens de uma sociedade pautada pelo ideal da heteronormatividade, que com esta “prática passava a definir um tipo especial de sujeito que viria a ser assim marcado e reconhecido. Categorizado e nomeado como desvio da norma, seu destino só poderia ser o segredo ou a segregação – um lugar incômodo para permanecer”.

A diversidade só se torna um problema quando grupos humanos dela se socorrem para estabelecer hierarquia e para justificar o subjugo de uns sobre os outros. O discurso que se constrói acerca dessas diferenças é sempre valorativo, é uma dimensão importante na identidade dos grupos discriminados e dos que discriminam (SILVEIRA, 2006). Falar da homossexualidade é falar da sexualidade humana, da diversidade sexual, resgatando elementos para compreender significados e sentidos dessa construção social (TONIETTE, 2006). “Todas as práticas sexuais devem ser construídas, pois nossos interesses e práticas são socialmente negociados durante toda nossa vida e a moldagem sexual não precisa estar presa a estruturas de dominação e sujeição” (BRITZMAN, 1996, p.91).

A implementação de ações para proporcionar e proteger direitos e promover saúde sexual devem considerar o contexto e a dinâmica das interações sociais, além de dimensionar o impacto do estigma e da discriminação relacionados à orientação sexual e às relações de gênero, compreendendo, assim como se comporta a expressão dos diferenciais de poder e seus determinantes macrossociais, como a pobreza e racismo, na vida das pessoas LGBTQIA+ (PAIVA, 2008).

5.2 Acesso e Equidade em Saúde

As iniquidades em saúde também resultam da forma como os sistemas de saúde criam barreiras aos usuários, a saber, as iniquidades na disponibilidade, no acesso, na qualidade e no custo dos serviços, assim como na forma como a prática clínica é exercida. Entregues a si próprios, os sistemas de saúde não manifestam uma evolução de tendência equitativa. A maioria dos serviços de saúde – em particular os hospitais, mas também a atenção primária – são consistentemente desiguais na forma como prestam mais e melhores serviços aos mais abastados do que aos pobres, que são os mais necessitados (WHO, 2008).

Acesso universal à saúde é, antes de mais nada, um direito constitucional do sistema de saúde brasileiro, garantido pela Carta Magna Brasileira de 1988 e garantia de cuidado em saúde para todos.

Além de constitucional, o acesso à saúde tem sido entendido como potencial dispositivo de transformação concreto das condições da população. Não se resumindo à “porta de entrada”, mas determinando “como elemento reformador do pensamento da sociedade para a construção de sistemas de saúde, de acordo com as necessidades socialmente determinadas, a consciência sanitária (Campo, 1992 apud Abreu de Jesus, 2006, p.162).

Sabe-se, no entanto, que o acesso não se dá de forma igualitária, tendo a iniquidade, fruto de um sistema socioeconômico e cultural de desigualdades, como uma de suas marcas também no acesso aos serviços de saúde. Assim, como acontece com outros direitos constitucionais, na saúde, também se reproduz desigualdades, revelando um sistema excludente e seletivo. Os determinantes sociais do processo saúde-doença, entende-se, têm papel fundamental nessa inter-relação usuários/serviço de saúde, constituindo diferentes desenhos de acesso e uso dos dispositivos (Campos, 1991, 1992; Giovanella e Fleury, 1996; Barros, 1996; Assis, 1998 apud Assis et al., 2003).

Abreu de Jesus (2006) e Assis (2003) propõem quatro dimensões analíticas do conceito de acesso: 1) financeira ou econômica; 2) técnico-assistencial; 3) política; e 4) simbólica.

No que diz respeito à dimensão financeira ou econômica, compreende-se os investimentos públicos e relação entre oferta e demanda nos diferentes níveis de atenção.

Com relação às questões técnico-assistenciais envolvidas no acesso da população aos serviços de saúde, compreende-se os planejamentos, organização, regionalização, fluxos, qualidade e resolubilidade dos serviços. Além disso, o usuário deve ser colocado no centro do cuidado, ou contemplar o modelo “usuário centrado”. E a unidade se organizar a partir de suas necessidades.

Com relação à dimensão política, compreende-se a formulação de políticas públicas e a participação social da comunidade na transformação e construção dos serviços de saúde. Aposta-se na “consciência sanitária”, ou seja, uma tomada de consciência da população que passa a “compreender a determinação social do processo saúde/doença e da mesma forma os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde” (Giovanella e Fleury, 1995). Com isso, o indivíduo passa a assumir seu papel ativo e autônomo nos processos de trabalho e gestão dos equipamentos de saúde. Trata-se de entender o controle social enquanto variável constituinte do acesso.

No que diz respeito à dimensão simbólica, estão postas as questões subjetivas envolvidas no acesso, relativas aos valores e crenças da população atendida, suas representações, compreensões e significados atribuídos ao processo saúde/doença que influenciam no uso dos serviços de saúde.

As iniquidades na saúde de transexuais são multifatoriais, incluindo marginalização social e econômica, patologização, estigma, discriminação e violência, inclusive nos serviços de saúde (Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2011 apud Reisner et al., 2016, tradução nossa).

A necessidade de garantia de equidade do acesso à APS mostra-se ainda mais premente por tratar-se do nível primário do sistema de saúde, dito como “porta de entrada”. Neste sentido, deveria ter não apenas suas portas físicas abertas, mas também abertura para a dimensão simbólica das necessidades, no que diz respeito ao acolhimento, escuta qualificada, reconhecimento e respeito às diversidades da população atendida. Ou seja, relativas às dimensões técnico-assistencial, simbólica e política, do acesso.

Os serviços de Saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas. A Atenção Básica (AB), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema

de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde (Brasil, 2014, p. 21).

Os esforços de ampliação da APS, inclusive com a implantação de um modelo assistencial nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), revelam uma preocupação em se aproximar das populações mais vulneráveis, chegando “perto da vida das pessoas” (BRASIL, 2012, p. 19).

No que diz respeito à equidade, políticas específicas foram elaboradas procurando a garantia do acesso de comunidades ditas “invisíveis” ou com alta vulnerabilidade, dentre elas: a Política Nacional de população Negra (2006), população em situação de rua, incluída na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), da Pessoa Idosa (2006), a de Saúde Integral da População LGBTQIA+T (2013), entre outras. Assim, é através da chamada “discriminação positiva” que se pretende reparar injustiças e desigualdades (Assis, 2012).

A partir dos elementos trazidos e da literatura pesquisada, o presente plano discute acesso, da população TT à APS, compreendido como uma categoria analítica e “dispositivo” transformador da realidade (Giovannella e Fleury, 1999 apud Abreu de Jesus, 2006).

5.3 Vulnerabilidade e Saúde LGBTQIA+

A não adequação do gênero ao sexo biológico (sistema sexo/gênero) ou à identidade sexual heteronormativa, acaba privando a população LGBTQIA+ de direitos humanos básicos, que conseqüentemente, os submetem a variadas situações de vulnerabilidade (LIONÇO, 2008).

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero interfere na determinação social da saúde ao favorecer o desenvolvimento de processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura, advindos do preconceito e do estigma social destinado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2010). Nesse sentido, Araújo et al. (2006) apontam que a população LGBTQIA+ não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à homofobia, ou seja, à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade, através de julgamento arbitrário quanto à conduta de outrem, relegando à pessoa homossexual a estampa de inferioridade, anormalidade, indignidade e, também a transfobia que

refere-se ao medo às pessoas trans, ao indivíduo em transição e aos comportamentos negativos (ódio, repulsa, raiva ou indignação) e todas as formas de violência contra pessoas trans, aí incluídas mulheres transexuais, travestis, pessoas andróginas, pessoas não binárias, homens trans, em razão de sua transgeneridade (PODESTÀ, 2019). De acordo com Araújo et al. (2006), o grupo LGBTQIA+ teme revelar a sua orientação sexual nos serviços de saúde, imaginando o impacto negativo que isso trará à qualidade da assistência.

As informações divulgadas publicamente pelo Ministério da Saúde mostram que dois em cada três integrantes da população LGBTQIA+ entrevistados (67%) já vivenciou algum tipo de discriminação relacionada a sua identidade sexual ou pelo gênero, proporção que atingiu 85% em travestis e transexuais. Os dados também demonstram que 14,5% dos participantes da pesquisa feita na Parada Gay de São Paulo disseram já ter sofrido algum tipo de preconceito nos serviços da rede de saúde (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2008).

A conjuntura LGBTQIA+ implica em modos de viver estruturados, às vezes como forma de sobrevivência, às vezes como resistência e afirmação do ser, que se materializam como performances corporais, comportamentais e sexuais que apresentam alguma aproximação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas, abrangendo desde uso indiscriminado de silicone e de hormônios, de artefatos eróticos contaminados, passando por drogadição e mortes por causas externas (BRASIL, 2013).

A construção e a utilização do conceito de vulnerabilidade na área da saúde são relativamente recentes e estão relacionadas à tentativa de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco (MEYER et al., 2006). Assim, a partir de 1980, vêm se intensificando os estudos que levam em conta a vulnerabilidade como quadro conceitual (NICHATA et al., 2008).

O conceito de vulnerabilidade, emergente no cenário da saúde pública mundial a partir da experiência da pandemia de HIV/aids, quando no início dos anos 1980 a aids foi relacionada aos denominados “grupos de risco”, nos quais a doença foi identificada inicialmente (MANN et al., 1993). Constituía esse conceito julgamentos da moral, preconceitos e desconhecimento sobre a infecção pelo HIV, pois acreditava-se que a doença acometia apenas estes grupos sociais e que, por isso, deveriam ser isolados para proteção das demais pessoas da sociedade. Entretanto, a história da doença nos mostra que esse entendimento equivocado

derivou estratégias discriminatórias de prevenção, que posteriormente mostraram-se inadequadas e insuficientes para o enfrentamento ao HIV/aids (KRAICZYK, 2014).

Posteriormente, a categoria “grupo de risco” foi trocada pela categoria “comportamento de risco” com objetivo de dilatar o entendimento de que qualquer pessoa estaria vulnerável a ser contaminada pela aids. Assim, passou-se a adotar o conceito “comportamento de risco” como sinônimo das práticas individuais e não de características ligadas a um grupo específico. Com esse novo conceito houve progressiva redução da discriminação e ampliação de medidas de prevenção para toda a população, contudo, permaneceu “a ideia de culpabilização do indivíduo, conferindo a responsabilidade pela prevenção e/ou infecção pelo HIV/aids a capacidade cognitiva e comportamental do sujeito” (KRAICZYK, 2014, p.53).

Na década de 1990, a ideia do “comportamento de risco” começa a cair por terra, quando o conceito de vulnerabilidade passa a englobar os determinantes estruturais presentes na dinâmica da epidemia, considerando que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento derivava de um conjunto de fatores, tanto individuais quanto coletivos e contextuais (MANN, et al., 1993). Isso, implica diretamente na maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (AYRES, 2003). Os comportamentos associados a maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV não são compreendidos como uma consequência da ação voluntária, mas estão associados a condições culturais, sociais e a condições objetivas do ambiente (MEYER et al., 2006).

Na contemporaneidade, o conceito de vulnerabilidade é percebido como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente usado nas diferentes áreas do conhecimento. Engloba os distintos graus de complexidade, podendo promover abordagens integradas e contribuir para ampliar o diálogo entre diferentes profissionais (PORTO, 2007).

Embora os conceitos de vulnerabilidade e risco apresentem uma estreita relação, existem diferenças entre si. Enquanto o risco apresenta um caráter analítico, comprovado através de pesquisas epidemiológicas tradicionais, que buscam elaborar um conhecimento objetivo, isolando o fenômeno e utilizando instrumentos para identificar associações entre eventos patológicos ou não, a vulnerabilidade apresenta um caráter mais sintético (AYRES et al., 2006), partindo

do simples para o complexo, assim como a universalidade, considerando os elementos abstratos e subjetivos inerentes aos processos de adoecimento.

No domínio da epidemiologia, o conceito de risco se incorpora, aos poucos, à vulnerabilidade, que apresenta uma descrição mais ampla. À medida em que se busca com o risco estabelecer a probabilidade de ocorrência de um agravo em um grupo com determinadas características, com a vulnerabilidade procura-se estipular a suscetibilidade de cada indivíduo ou grupo a esse agravo, em um delimitado conjunto de condições intervenientes (AYRES, 2002).

A vulnerabilidade busca compreender como distintos níveis e naturezas de suscetibilidades expõem indivíduos e coletividades ao adoecimento, considerando as particularidades de cada situação, dentro de um conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos, situando as pessoas frente à relação com o problema e com os recursos para enfrentar esse problema (GIRONDI et al., 2010).

No plano pessoal, a vulnerabilidade está ligada a comportamentos que vão gerar oportunidade. Ela sofre influência direta do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos vão encontrar sobre aquele problema, de como vão processar essas informações e como vão agregá-las no seu cotidiano, de forma a encontrar possibilidades concretas de modificar suas práticas. É preciso avaliar e considerar o grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados à maior vulnerabilidade (AYRES et al., 2003). Mas a mudança de comportamentos não depende apenas da vontade imediata dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diferenciados na vida das pessoas, que sofre influência das especificidades individuais, da conjuntura de vida e das relações interpessoais que se estabelecem no cotidiano. Portanto, não é plausível dizer que uma pessoa “é vulnerável”. Só é factível dizer que uma pessoa está vulnerável a um determinado problema, em um determinado momento e contexto de sua existência (AYRES et al., 2003).

No plano institucional ou programática, a vulnerabilidade tem relação com a implementação de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema. Sua eficácia pode ser comprovada através de aspectos como: o comprometimento das autoridades com o enfrentamento do problema e a efetividade dessas ações propostas e implantadas; as alianças interinstitucionais e intersetoriais necessárias para a ação propriamente dita e o planejamento e gerenciamento dessas ações, ente outras. A medida que o compromisso, a integração e o monitoramento de

programas de prevenção e cuidado forem intensificados, aumentam as possibilidades de encaminhar os recursos, otimizando seu uso e de fortalecer os indivíduos e a sociedade (AYRES et al., 2003).

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sócio-políticos e culturais conjugados, referindo-se ao acesso a informações, nível de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, chances de ultrapassar limites culturais etc. A vulnerabilidade social reflete as condições de bem-estar social, que se referem a moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão. A vulnerabilidade será inversamente proporcional às possibilidades de intervir nas solicitações de tomada de decisão (AYRES et al., 2003). Para medir o nível de vulnerabilidade social é preciso apreender a situação de vida dos grupos populacionais, tendo por base elementos como: a legislação em vigor e sua aplicação; quais as condições de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes camadas sociais e a qualidade dos serviços de saúde acessados (BRASIL, 2010).

A vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento, por exemplo, sofre influência de um conglomerado de características que remetem às conjunturas política, econômica e sociocultural que interferem no sentido de ampliar ou diluir o risco individual. Nesse sentido, é preciso superar o desafio permanente e de longo prazo, a partir da sofisticação dos seus programas de prevenção e assistência. Assim, o discernimento sobre os entraves mais estruturais da prevenção e sobre o acesso aos serviços de saúde será apreendida através do diálogo e das experiências diversas com os meios preventivos disponíveis, para que, no plano individual das crenças, atitudes e práticas pessoais, todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

A vulnerabilidade diz respeito a todos os indivíduos, considerando que não existe indivíduo humano fora do conluio social, conferindo sentidos a aspectos da sua existência como sexo biológico, etnia, classe social, orientação sexual, faixa etária (CARVALHO et al., 2005). Cada uma das três dimensões é apenas uma perspectiva de uma realidade que é uma, única e cada dimensão examinada sempre deve remeter às duas outras. A construção de totalidades compreensivas é sempre feita a partir de uma dada perspectiva, limitada e em constante transformação (GADAMER, 1999). Por mais abrangente e exaustivo que seja um estudo de

vulnerabilidade, ele jamais poderá ter a pretensão de dar a palavra final sobre o assunto (AYRES, 2009).

5.4 Perspectivas do Cuidado Integral

As pessoas trans e travestis demandam um cuidado integral em saúde, além de que todos os seus direitos básicos sejam garantidos. Entretanto, é frequente que passem por situações marcadas pela discriminação nas instituições de saúde, pelo acesso limitado e negado ao trabalho formal e à educação. Em relação ao acesso à saúde destas pessoas permanece atrelado à um diagnóstico patologizante, o que reforça a necessidade de um olhar que construa e consolide um atendimento integral. Para isso, é preciso embasar as práticas em saúde no cuidado integral, para que legitimem a autodeterminação de gênero de todas as pessoas, em detrimento de uma norma em saúde que impõe a adequabilidade dos corpos e do gênero. Nesse tópico, vamos discutir a saúde como um direito, sua determinação social e, por fim, a integralidade como princípio fundamental na implementação do sistema público de saúde. Aspectos esses que compõem a noção de cuidado que embasamos esse estudo e acreditamos que deva ser produzido nos serviços em saúde.

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

Dos três princípios doutrinários do nosso sistema público de saúde, escolhemos a integralidade para analisar o cuidado, pela sua abrangência conceitual e que, de certo modo, vincula-se intrinsecamente aos outros dois (SILVA JUNIOR et al, 2006; CECÍLIO, 2009). Embora não apareça nominalmente como princípio na lei orgânica de saúde (8080/90), a equidade encontra-se próxima da igualdade na etimologia, mostrando-se como contraponto para as desigualdades (PAIM; SILVA, 2010). Entretanto, faz-se necessária uma distinção para os variados sentidos que este conceito pode assumir, a partir da ideia de justiça de Aristóteles (Ibidem). No

caso da atenção à saúde, pode ter a configuração de atendimento igual para os que são desiguais, e de outra maneira, pode compreender atendimento prioritário àqueles que mais necessitam, dentre os desiguais, com vista no alcance da igualdade (Ibidem). Esta última é a noção de equidade tomada aqui.

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

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

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

Antes de compreendermos as noções da integralidade que elencamos como prioritárias para o debate na saúde com as pessoas trans e travestis, precisamos nos situar em relação à algumas importantes linhas que configuram o cenário em que se concebem e organizam as ações e os serviços de saúde no Brasil. De acordo com Amorim (2016), na história da saúde brasileira, há várias perspectivas sobre os arranjos de prestação de assistência em saúde, que podemos dizer que tiveram mais força durante um tempo, mas que não necessariamente desapareceram em outros períodos. Assim como é possível que, ainda hoje, uma/um profissional tenha

sua ação produzida a partir de várias lógicas distintas, dependendo da/o usuária/o ou situação que precisa lidar (MERHY, 2014).

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

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

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

Para lidar com esses desafios, a noção de integralidade teve de abarcar uma horizontalização da população e de suas necessidades, e parar de considerar a pessoa apenas a partir da via de entrada que ela teve no sistema. Considerando a

fragmentação do olhar das/os profissionais para o atendimento à pessoa, a integralidade pode ser entendida como a articulação entre os locais que se é atendido, podendo-se notar uma continuidade dos atendimentos. Nesse contexto,

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

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

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

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

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

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

Em uma carta escrita ao ministro da saúde Alexandre Padilha, no ano de 2012, feita por representantes dos movimentos sociais, profissionais e da academia expressaram a reivindicação de —14 pontos fundamentais— para o atendimento integral da saúde da população transgênero atendida pelo SUS. Dentre eles, destacamos: fim do modelo psiquiatrizante; efetivo atendimento integrado por meio de equipe multidisciplinar, sem restrição às modificações corporais do sexo; respeito ao nome social; formalização de rede de atenção integral, com linha de cuidado estabelecida, acolhimento, acompanhamento e comunicação da Atenção Básica (AB) a Alta Complexidade (AC), inclusão do acompanhamento à hormonioterapia na AB; garantia às pessoas trans da participação nas reuniões das equipes multidisciplinares, sempre que seu caso for pautado.

Por muito tempo, a construção de políticas públicas em saúde voltadas para a população trans esteve atrelada às ações e estratégias que envolvia o enfrentamento de Aids/HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As pessoas envolvidas nesse momento como alvo pelas políticas eram especialmente as travestis

e as mulheres transexuais por serem consideradas dentro dos grupos prioritários, dada que a grande maioria exercia como trabalho a prostituição. Nesse sentido, as políticas reconheciam que esta situação desenha um estado maior de vulnerabilidade em relação a riscos para IST's, assim como o trabalho na rua torna mais constantes casos de agressões e outras violências (BRASIL, 2013a).

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

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

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

A Política Nacional de Saúde Integral, por reconhecer que a discriminação e o preconceito incidem no processo saúde-doença dessa população, legítima no âmbito de discursos nacionais a existência da travestifobia e transfobia, ou seja, toda forma de discriminação e violação de direitos humanos e sociais em função das expressões de gênero, e que incidem na condição de saúde, no processo de adoecimento e

produção de sofrimento das pessoas transexuais e travestis no Brasil (BRASIL, 2013a).

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

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

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

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

A discriminação e o preconceito que ocorrem dentro dos espaços de saúde são fatores principais que levam as pessoas trans e travestis a se afastarem dos serviços em saúde, pois não querem passar por constrangimentos em decorrência da identidade de gênero, e/ou responder a questões feitas por profissionais que pressupõem a heterossexualidade de forma compulsória, por exemplo. Nesse sentido, o objetivo geral da referida política é promover a saúde integral da população LGBTQIA+T por meio de ações e de mecanismos de gestão que visem à eliminação

de toda forma de discriminação e preconceito institucional, para que haja a diminuição das desigualdades da população brasileira como um todo, o que vai ao encontro de um SUS consolidado como sistema integral, universal e equitativo.

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

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

5.5 APS e a Saúde das Pessoas TT

Se inicialmente a institucionalização da assistência a transexuais no Brasil foi associada ao modelo estritamente biomédico (diagnóstico-cirurgia), o debate atual baseado na integralidade, deve incorporar novos significados da experiência da transexualidade (Arán, 2008, s.p.).

A população trans, conforme foi visto, ganhou relevância para os sistemas de saúde devido aos altos índices de HIV e pelo diagnóstico de transtorno de identidade de gênero. Neste sentido, tem sido acolhida, essencialmente, em centros de referência ao tratamento das ISTs e hospitais com atendimentos de alta complexidade para o processo transexualizador. Assim, o acesso à saúde acontecia e ainda acontece, por aquilo que estigmatiza e segrega essa população: o HIV e a patologização de sua experiência de gênero.

O desafio atual, colocado pelas políticas LGBTQIA+T, é aprimorar estratégias de acesso desta população pela porta de entrada do SUS, pela APS (Arán, 2008; Arán, 2009; Brasil, 2013). Mundialmente, essa tendência também é descrita nas NA e Manuais:

Embora os/as provedores/as de hormônios e cirurgias/cirurgiões desempenhem um papel importante na atenção preventiva, todas as pessoas trans e com variabilidade de gênero devem se associar a um prestador de atenção primária para as necessidades gerais de saúde (Feldman, 2007 apud WPATH, 2011, p. 73).

A APS, ao longo de sua história de quase um século no Brasil, percorreu vários ciclos e se estruturou, nos anos 90, com a regulamentação do SUS e suas diretrizes de universalização, equidade, integralidade e a municipalização da APS, com o Programa de Saúde da Família (PSF). Alguns anos depois, adotado como estratégia estruturante do cuidado na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (Mendes, 2012).

Este novo modelo, vigente até os dias de hoje, propunha superar o caráter restritivo de um modelo organizado a partir da “cesta de serviços de baixa qualidade, dirigida a pobres”. Giovanella (2008) coloca que a concepção seletiva de APS adotada, pós Alma-Ata, por muitos países na década de 80, por organizar suas intervenções voltadas apenas a uma parcela da população viola o direito universal à saúde proposto pelo SUS.

No Brasil, no entanto, a APS assumiu o caráter amplo e abrangente conforme determinação da OMS (WHO, 2008), se propondo a exercer a função central de porta de entrada do sistema público de saúde e coordenador do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde (RAS), garantido promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da população de sua área adscrita:

[...] função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde (Mendes, 2012, p. 21).

É próprio da APS organizar suas ações a partir da lógica territorial, atendendo às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência de forma capilarizada, pautada no vínculo, através da corresponsabilização do cuidado integral, universal, equânime e contínuo, tendo o usuário no centro do cuidado, buscando impacto na vida dos usuários e nos determinantes e condicionantes sociais à saúde da comunidade assistida (Brasil, 2010).

O controle social é uma das diretrizes da APS e tem como objetivo o estímulo da participação social na corresponsabilização do usuário no cuidado e no processo de construção de estratégias de cuidado.

Apesar do importante papel atribuído ao nível primário de cuidados à saúde, não faltam críticas ao modelo de ESF adotado. Mendes (2012) acredita que, na prática, as ações propostas pela APS através da SF não assumiram radicalmente o caráter amplo e universal a que se propôs, misturando características de uma política seletiva. O conceito de Atenção Básica (AB) ilustra esse aspecto seletivo, vivido a partir da década de 90 (Mendes, 2012). O autor propõe, assim, o fim do ciclo da AB e não da SF.

Neste sentido, as fragilidades da APS estariam relacionadas às características seletivas de “um sistema pobre para pobres”, reflexo disso são os baixos investimentos em infraestrutura das unidades básicas, a desvalorização institucional dentro do próprio Ministério da Saúde, a falsa crença de que a APS não requer complexidade tecnológica, sejam essas leves, leve duras ou duras (equivocadamente ocupando a base menos complexa da pirâmide), a fragilidade do sistema de apoio diagnóstico, a visão fortemente centrada no médico e desvalorização das equipes multidisciplinares. Além disso, destaca-se a falta de investimento em um sistema de informação clínica eletrônico, questões gerenciais, baixo controle social e fragilidades nas relações de trabalho, vínculos e o subfinanciamento (Mendes, 2012).

O nível de atenção primária é o menos estudado no que diz respeito à saúde da população TT. Assim, dados relacionados às demais dimensões da saúde integral desta população, sobretudo em relação aos agravos prevalentes, entre eles hipertensão, diabetes, mortalidade e câncer são subdimensionados (Reisner et al., 2016; Lo, 2016).

5.6 Necessidades de saúde da pessoa TT

Conhecer as necessidades de saúde de uma dada população mostra-se relevante uma vez que é a partir desta identificação que se poderá organizar o processo de trabalho e a produção da saúde que atenderá a estas necessidades. É preciso, no entanto, entender este conceito em seu sentido mais amplo e a partir do viés da integralidade, não se restringindo às questões orgânicas. Desta forma, Cecílio (2006) entende necessidades de saúde a partir de quatro grupos: 1) Ter boas condições de vida; 2) Ter acesso e consumir tecnologia de saúde; 3) Criar vínculo e 4) Desenvolver autonomia. Moscheta (2011), embasado neste autor, analisa a

relação entre as necessidades de saúde da população LGBTQIA+T e as respostas dos serviços a estas necessidades.

No que diz respeito a “ter boas condições de vida”, a população TT traz como marca a exclusão social e a discriminação, exigindo um arsenal de respostas “anti-opressão” como estratégia organizacional de cuidado deste grupo. Com relação à necessidade de saúde relacionada a “ter acesso e consumir tecnologia”, esta se encontra, no caso da população trans, no que se refere ao processo transexualizador, condicionada à patologização, restringindo o acesso e pré-formatando o discurso do usuário que procura essa tecnologia.

A “necessidade de criar vínculo” entre profissional de saúde e o usuário é apontada como a terceira necessidade de saúde, segundo Cecílio (2006). O aspecto relacional do cuidado em saúde relativo a essa necessidade é apontado por Moscheta (2011) como alvo de desconforto, no que se refere à população LGBTQIA+T, uma vez que a literatura descreve uma tensão entre profissionais de saúde em abordar questões relacionadas à sexualidade do usuário, principalmente quando no cuidado de representantes desta comunidade.

O vínculo é entendido como um fator associado à continuidade do cuidado. “O vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades (Cecílio, 2006, p. 3).

Com relação à quarta necessidade de saúde, associada à autonomia, cabe à APS, no cuidado da população TT, possibilitar a criação de sentidos de vida:

[...] para além das sobredeterminações das categorias de identidade sexual.
[...] direito de se construir enquanto sujeito singular e inacabado.
[...] permitindo que corpo, gênero e afeto sejam aspectos fluidos, não exclusivos, nem sempre importantes e as vezes estratégicos...
[...] sustentar a incompletude do ser e seu constante movimento de transformação (Moscheta, 2011, p. 62).

Especificamente com relação aos dados epidemiológicos, a literatura descreve uma dificuldade importante em conhecer essas informações relacionados à população TT, uma vez que na maioria dos cadastros ou banco de dados de pesquisa, não é incluída a categoria gênero como um dos dados da identificação do paciente (Reisner et al., 2016).

Além disso, as diferenças de aceitação, censura, repressão e representação nas diferentes culturas tornam a caracterização do fenômeno bastante diversa (WPATH, 2011). No Brasil, não é diferente.

Apesar de subdimensionados diante dos desafios colocados, pesquisas apontam que dados colhidos em 39 anos, de dez estudos, revelam uma prevalência de 1:11.900 a 1:45.000 para mulheres trans (homem-a-mulher, HaM) e 1:30.400 a 1:200.000 para homens trans (mulher-a-homem, MaH) (Cuypere et al., 2007 apud W. Path, 2011). Dados norte-americanos apontam que há cerca de 25 milhões de transexuais no mundo (Winter, 2016). Ou seja, 0,3-0,5% da população (GenIUSS, 2014).

Estudos revelam que membros da comunidade LGBTQIA+ são mais suscetíveis a problemas de saúde, como o uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, obesidade, sexo desprotegido, transtornos mentais, ISTs, bullying, câncer de colo do útero e de mama, assim como vítimas de violência (Melo, 2011; Barbosa, 2009; Araújo, 2014; Albuquerque et al., 2016).

Uma revisão de literatura das necessidades de saúde da população transexual, publicada em 2016, aponta que a maior parte dos estudos encontrados se refere à saúde mental, seguida por uso de substâncias e violência (Reisner et al., 2016).

Com relação à saúde mental, pesquisas revelam dados mundiais importantes relacionados a transtornos de humor na população TT. A depressão é a patologia de maior incidência e apresenta índices alarmantes. Os dados variam de acordo com o instrumento ou escala de avaliação utilizados e nos diferentes países estudados. Na Austrália, por exemplo, este índice chega a 36% da população entrevistada (Pitts, 2009, apud Reisner et al., 2016; De Vries, 2011), números próximos aos dados holandeses, de 31% (De Vries, 2011 apud Reisner et al., 2016). Entre pacientes trans soropositivos, 64% de mulheres trans e 63% de homens trans apresentavam ou já tiveram depressão (Nuttbrock, 2013 apud Reisner et al., 2016). Poucos estudos buscam, no entanto, uma compreensão qualitativa deste fenômeno, tentando identificar a origem e o motivo destes altos índices (Reisner et al., 2016).

Em outro estudo australiano, identificou-se que 56% dos transexuais foram diagnosticados com depressão em algum momento de suas vidas, índice quatro vezes maior do que da população em geral. Com relação à ansiedade, o índice foi de 38%, duas vezes maior que a população em geral (Hyde et al, 2014).

Em pesquisa de 2015, realizada no Brasil, com homens trans, 71% dos entrevistados revelaram ter ou já ter tido depressão, e 85,7% da amostra referiram já ter tido ideação de suicídio e/ou tentativa, revelando risco aumentado de suicídio nesta população (Souza et al., 2015).

Com relação ainda à tentativa de suicídio, quando comparado com a população em geral, nos Estados Unidos 41% dos participantes de um estudo com homens e mulheres trans referiram tentativa de suicídio, contra 1-6% na população em geral (Winter, 2016).

O sofrimento decorrente da disforia de gênero, a não aceitação da família e da sociedade são os principais motivadores para o alto índice de demandas de saúde mental, tais como depressão, crises de ansiedade, sensações de pânico e uso de substância (Peres, 2008).

Estudos relacionam a etimologia dos alarmantes quadros de saúde mental a “um longo histórico de disforia de gênero e ou estresse de minorias crônico” (WPATH 2011; Calvo, 2011).

A WPATH, coloca:

Esses problemas incluem ansiedade, depressão, automutilação, histórico de abuso e negligência, compulsividade, abuso de drogas, problemas sexuais, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, distúrbios psicóticos e transtornos do espectro do autismo (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009 apud WPATH, 2011, p. 8).

O uso de substâncias é compreendido como uma forma de lidar com o estresse crônico das minorias, funcionando como apaziguador do sofrimento mental vivido por essa população, fruto do estigma, discriminação e preconceito social (Calvo, 2011; Reisner et al., 2016).

Nos Estados Unidos, entre jovens profissionais do sexo soropositivos de São Francisco, 69% afirmaram realizar uso de substâncias (Rowe, 2015). No Brasil, pesquisa realizada também com profissionais do sexo, em Minas Gerais, revela que 85% faz uso de álcool, e destes, 41% diariamente, sendo quase 20% com o uso semanal pesado (acima de 20 doses). Com relação às drogas, 62% fazem uso do tabaco, 60% cocaína, 47% maconha e 27% crack (Rocha, 2013).

Com relação aos homens trans, no Brasil, 50% dos entrevistados referiram fazer uso de álcool (Souza et al., 2015).

A violência contra a população trans também revela dados assustadores. Estudos apontam uma prevalência média de 44% da população trans ter sofrido algum tipo de violência, sendo destas 34% violência sexual, física 17%, verbal 4% e psicológica 7% (Reisner et al., 2016).

Ainda no Brasil, mais de 30% dos homens trans entrevistados revelam já ter sido forçado a ter práticas sexuais (Souza et al., 2015).

O Governo Federal divulgou em 2012 um primeiro relatório com dados sistematizados sobre “violência homofóbica” no Brasil. Foram denunciados 6.809 casos de violência ou violação de direitos motivados por discriminação por identidade de gênero ou orientação sexual (Brasil, 2012). No ano seguinte, foram denunciados 9.982 casos (Brasil, 2013).

Relatórios anuais elaborados pela *Transgender Europe* (TGEU), organização sem fins lucrativos sediada em Berlim, com associados em 42 países, publicou em setembro de 2016 que o Brasil é o país onde mais se mata transexuais, com 882 casos de 2008 a 2015, bem mais que o triplo do segundo colocado, o México, com 229 relatos. Sendo que, destes assassinatos, a grande maioria é de profissionais do sexo. No mundo, pesquisas revelam um total de 2.115 mortes entre janeiro de 2008 e abril de 2016 (Winter, 2016):

A literatura, em diferentes regiões, descreve o quanto a violência e situações de assédio influenciam na saúde desta população (Lombardi et al., 2011). Assim como também a discriminação e desemprego, discriminação na prestação de serviços da assistência social e saúde (Travers et al., 2013).

Além disso, se identifica uma preocupação com o uso indiscriminado de hormônio feminino e sua relação com acidente vascular cerebral, flebite e infarto do miocárdio (Brasil, 2013; WPATH, 2011). Com a população de homens trans não é diferente, visto que 30% dos entrevistados revelam não ir aos serviços de saúde porque fazem uso do hormônio por conta própria (Souza et al., 2015). De acordo com Souza, “a automedicação normalmente realizada com doses elevadas de hormônios masculinizantes é também um agravante no quadro de saúde destas pessoas” (Souza et al., 2015).

Segundo uma pesquisa realizada com 640 mulheres trans, no Uruguai, 41% referiram já haver feito uso de silicone industrial pelo menos uma vez, sendo que em 81% apresentaram complicações. Com relação ao uso de hormônios feminilizantes,

70% das entrevistadas já haviam feito uso sem acompanhamento médico (MSP, 2013).

Existe ainda a necessidade de acompanhamento clínico de rotina, pré-transformações, durante e pós-transições corporais, que não pode ser negligenciada. Mulheres trans necessitam de acompanhamento da próstata e homens trans necessitam coletar Papanicolau. Apesar disso, mais de 50% dos homens trans acreditam não necessitar de ginecologista ou não ir por constrangimento (Souza et al., 2015).

5.7 Despatologização

Assim como as políticas preventivas a patologização das identidades de gênero tem implicações importantes para o estigma e conseqüentemente para o acesso desta população aos serviços públicos de saúde.

Entender a transexualidade como patologia, ou seja, como algo que foge à organização binária: (homem ou mulher), e fere a norma vigente (que equivale sexo a gênero), dentro do discurso médico, implica, em um segundo momento, desenvolver tecnologias para promover tratamento e terapêutica. Como se a intervenção médica garantisse a retomada da “ordem” (Bento, 2012).

Geisler (2015) aponta o quanto os discursos médico e jurídico, a partir de uma visão foucaultiana, são dispositivos de poder que visam controlar e regradar as relações e as sexualidades. Desse modo, pela lógica heterossexual e de vínculo entre sexo e gênero:

A patologização é a porta de entrada que lhes garante o acesso ao SUS. Os serviços, que não são organizados de forma inclusiva, só enxergam o que necessita ser consertado, em uma lógica de higienização e controle. Eles não conseguem acolher o diferente, o que está fora da norma, ou seja, as pessoas que não se encaixam nos padrões pré-estabelecidos (Geisler, 2015, p. 244)

Assim, a patologização pode ser entendida, de forma falaciosa, como “passaporte” e garantia de acesso às intervenções transexualizadoras (hormonioterapia, cirurgia de redesignação, etc.).

Pode-se dizer que os direitos até hoje reconhecidos... Se, por um lado tem garantido o acesso a alguns dos procedimentos requeridos, por outro o fazem sobre a insígnia do preconceito e da exclusão. Travestidos de reconhecimento, os discursos de

legitimação se impuseram mais como prática de controle e tática de invisibilidade do que de alteridade. Quanto menos “trans” ele for, quanto menos transitar entre o feminino e o masculino, quanto mais fixar sua identidade de gênero ao sexo biológico mais poderá circular, seguramente, como um de nós... É a norma que estipula o acesso das pessoas à categoria de humano (Geisler, 2015, p. 246).

Para Bento (2012), a patologização da sexualidade, que antes se manifestava pela classificação do “homossexualismo” nos manuais, agora foi substituída por outros (transtorno de gênero, transtorno de identidade sexual, travestismo bivalente, transtorno de identidade sexual na infância). Para a autora, a patologização não representou ganhos reais, mas classifica e categoriza a experiência trans segundo critérios científicos, aprisionando-a ao discurso médico e à doença.

O discurso da “Despatologização”, iniciado em 2007, ganhou força em 2009 com os coletivos de visibilidade trans e campanhas como “Stop Trans Pathologization”, impulsionados pela militância e movimentos sociais, que, mais uma vez, aparecem como protagonistas nas conquistas políticas e sociais de direitos da população TT. Pela primeira vez um movimento mundial se manifestava pela retirada da transexualidade do CID 10 e DSM IV. Além desta solicitação, mais quatro pontos são apresentados: retirada da menção de sexo dos textos oficiais, abolição de tratamentos de normatização binária, livre acesso a tratamento hormonal e cirurgia (sem tutela psiquiátrica) e luta contra transfobia (Bento, 2012).

Por mais que ativistas apontem o risco da despatologização em representar perda de conquistas, Miguel Missé, ativista transexual, defende a autonomia e o direito de escolha do próprio corpo, livre do olhar tutelar do discurso médico (Bento, 2012), assumindo de forma radical a liberdade da diversidade de gênero como um direito.

No Brasil, a luta pela despatologização das identidades trans vem sofrendo retrocessos e ameaças; enquanto Conselho Federal de Psicologia (CFP), em janeiro de 2018, orientou a categoria a se posicionar pela despatologização, o Ministério Público Federal do Estado de Goiás, dois dias depois, respondeu ao documento com o despacho 1632/2018, solicitando explicações do Conselho que justifiquem o “cerceamento” da prática do psicólogo que se proponha a trabalhar no sentido de promover uma “cura” à transexualidade.

Ação parecida ocorreu em 2017, com relação à orientação sexual, apesar de estar há muitos anos fora dos manuais de classificação de doenças (desde 1990, pela OMS) e da resolução do CFP de março de 1999, que orienta a prática do psicólogo

pela não patologização, o juiz Walter Claudio de Carvalho da 14^a. Vara do Distrito Federal concedeu liminar permitindo aos psicólogos promover a “cura gay”.

Apesar de o CFP considerar a terapia de (re)orientação sexual uma violação aos direitos humanos e sem qualquer embasamento científico, mesmo assim a liminar está em vigor e psicólogos trabalham sob a perspectiva patologizante e discriminatória, com liberdade.

6 PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Primeira etapa: Esse projeto foi estabelecido através detecção da ausência de indicadores de saúde voltado às pessoas trans na atenção primária, análise do número de notificações de violências as pessoas trans (Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN), relatos de trans que sofrem preconceito e discriminação ao procurar atendimento de saúde nas equipes de APS, ausência de estratégias de acolhimento pelos profissionais que atuam nas equipes de APS. Em virtude desses problemas foi vista a necessidade criar uma proposta de intervenção para o acolhimento e cuidado integral com ênfase na promoção de saúde das pessoas travestis e transexuais na atenção primária, envolvendo gestores da saúde, profissionais de saúde, diretores de unidades de saúde, e pessoas travestis e transexuais.

Segunda etapa: A partir daí foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde para buscar evidências sobre o tema em estudo por meios dos seguintes descritores: “atenção primária”; “minorias sexuais e de gênero”; “transfobia”; “acolhimento”; “vulnerabilidade em saúde”. Foram selecionados 22 artigos para embasamento teórico e favorecimento na construção da introdução, justificativa e revisão bibliográfica, bem como estabelecimento da metodologia aplicada para execução do projeto.

Método: A partir do modelo de planejamento estratégico sistêmico propiciou a elaboração do projeto de intervenção para a criação do plano de ação para o acolhimento e cuidado integral com ênfase na promoção de saúde das pessoas travestis e transexuais na atenção primária, pois através dele será feito um delineamento do problema a ser discutido para que possa ser trabalhado os nós críticos identificados, as propostas a serem trabalhadas e os identificar os atores envolvidos.

Cenário/local: Para execução desse projeto será necessário realizar reuniões com diretores dos distritos sanitários e coordenadores da atenção primária e vigilância epidemiológica do município de Maceió de acordo com a disponibilidade dos atores envolvidos para discutir as especificidades no acolhimento e cuidado às pessoas trans que frequentam as unidades de saúde e os fatores de riscos aos quais estão vulneráveis. Após de definição das estratégias a serem aplicadas, será realizada uma

reunião no Conselho Municipal de Saúde convidando as pessoas travestis e transexuais, para apresentar as propostas de intervenção.

Atores sociais: atores envolvidos no projeto serão: profissionais de saúde das equipes de atenção primária, gestores e coordenadores da esfera municipal, além de diretores de unidades de saúde.

Instrumentos pedagógicos: O município de Maceió possui 8 distritos sanitários e 80 equipes de Saúde da Família. A proposta será realizar em cada distrito sanitário três encontros onde serão abordados 3 temas diferentes: Identidade de Gênero e Orientação Sexual; Processo Transexualizador no SUS; Acolhimento e Cuidado Integral à pessoa trans. Serão utilizadas metodologias ativas/participativas, vídeos de motivação e depoimentos para discursão do tema proposto. Além da implantação de um protocolo de acolhimento e cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na atenção primária, com ênfase no respeito a identidade de gênero e as especificidades do cuidado integral, onde servirá como referencial teórico acerca do acolhimento e cuidado integral às pessoas TT na APS.

Monitoramento: Será entregue aos profissionais de saúde antes da abordagem de cada tema um questionário para identificação das dificuldades acerca do assunto a ser abordado. Ao final de cada encontro do grupo será feita uma avaliação pelos gestores de saúde (diretores e coordenadores) sobre o desenvolvimento das atividades neste dia, que ao final do ciclo de palestra servirá como critério da avaliação da intervenção proposta.

Avaliação: A cada distrito sanitário concluído será realizada uma reunião com os atores envolvidos para apresentação dos resultados e avaliação do grupo visando manter a estratégia ou estabelecer as possíveis modificações que possibilitem maior efeito positivo diante da proposta de intervenção.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Plano de Intervenção

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “ausência de acolhimento e cuidado integral à saúde das pessoas travestis e transexuais na atenção primária”.

Aplicou-se o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES). A proposta de intervenção foi desenvolvida com base no modelo de elaboração do plano de ação segundo os pressupostos do Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Com base no diagnóstico situacional, no método da estimativa rápida, o problema prioritário a ser enfrentado nas equipes de atenção primária é a ausência de acolhimento e cuidado integral à saúde das pessoas travestis e transexuais na atenção primária. Deste modo, como nós críticos selecionados foram: 1) déficit de conhecimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado à pessoa trans; 2) ausência de protocolo municipal com ênfase no acolhimento e cuidado integral na APS.

Em seguida foi elaborada uma proposta de intervenção com base no nó crítico levantado no diagnóstico situacional. A proposta de intervenção foi ordenada com base no plano de ação descrito por Campos, Faria e Santos (2010).

7.2 Público-alvo

Profissionais de saúde das equipes de atenção primária, Agentes Comunitários de Saúde, equipe do NASF (Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico e Fisioterapeuta), Academia da Saúde, além de diretores de unidade de saúde, agentes de portaria, profissionais de serviços diversos, vigilantes

7.3 Desenho da operação

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) essa etapa visa descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”. No desenvolvimento das operações foram propostos os produtos e resultados para cada

ação, também foram definidos os recursos necessários para a concretização da proposta de intervenção.

A partir do “nó crítico” identificado, foram indicadas as operações necessárias para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessa operação e os recursos necessários à sua execução.

QUADRO 1 – Desenho de Operações sobre o “déficit de conhecimento dos profissionais de saúde da APS” relacionado ao problema “ausência de acolhimento e cuidado integral à saúde das pessoas travestis e transexuais”, na população sob responsabilidade das estratégias de saúde da família, em Maceió, Alagoas.

Nó crítico 1	Déficit de conhecimento dos profissionais de saúde da APS acerca do cuidado à pessoa travesti e transexual.
Operação	Propor oficinas de formação (educação permanente) aos profissionais que atuam nas equipes de estratégias de saúde da família, com uso de metodologias ativas.
Projeto	Acolhe TT
Resultados esperados	Ampliar a oferta de serviços direcionados, compreendo as subjetividades das pessoas trans, com ênfase no acolhimento e cuidado integral.
Produtos esperados	Reduzir em 80% situações de preconceito e discriminação nos serviços de saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais de saúde das equipes de atenção primária, gestores e coordenadores da esfera municipal, além de diretores de unidade de saúde.
Recursos necessários	Estrutural/Organizacional: Plataforma Digital
	Cognitivo: profissional para realizar as oficinas de formação
	Financeiro: não se aplica.
	Político: mobilização social
Recursos críticos	Financeiro: não se aplica.
	Político: Adesão do gestor local
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: gestor municipal
	Motivação:
Ação estratégica de motivação	Vídeos mostrando vivências de pessoas travestis e transexuais (preconceito, barreiras) nos serviços de saúde;
Responsáveis:	Coordenadora de Atenção Básica / Secretaria Municipal de Saúde
Cronograma / Prazo	Junho/2022
Gestão, acompanhamento e avaliação	A cada distrito sanitário concluído será realizada uma reunião com os atores envolvidos para apresentação dos resultados e avaliação do grupo visando manter a estratégia ou estabelecer as possíveis modificações que possibilitem maior efeito positivo diante da proposta de intervenção.

QUADRO 2 – Desenho de Operações sobre a “ausência de protocolo municipal com ênfase no acolhimento e cuidado integral na APS” relacionado ao problema “ausência de acolhimento e cuidado integral à saúde das pessoas travestis e transexuais”, na população sob responsabilidade das estratégias de saúde da família, em Maceió, Alagoas.

Nó crítico 1	Ausência de protocolo municipal com ênfase no acolhimento e cuidado integral as pessoas trans na APS
Operação	Elaborar protocolo municipal com ênfase no acolhimento e cuidado integral as pessoas trans na APS .
Projeto	Acolhe +Saúde
Resultados esperados	Ampliar a adesão e procura das pessoas travestis e transexuais aos serviços de saúde na APS.
Produtos esperados	Aumentar em 50% o cadastro de pessoas travestis e transexuais através do e-sus.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais de saúde das equipes de atenção primária, gestores e coordenadores da esfera municipal, além de diretores de unidade de saúde.
Recursos necessários	Estrutural/Organizacional: Plataforma Digital
	Cognitivo: profissional para realizar as oficinas de formação
	Financeiro: não se aplica.
	Político: mobilização social
Recursos críticos	Financeiro: não se aplica.
	Político: Adesão do gestor local
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: gestor municipal
	Motivação:
Ação estratégica de motivação	Vídeos mostrando vivências de pessoas travestis e transexuais (preconceito, barreiras) nos serviços de saúde;
Responsáveis:	Coordenadora de Atenção Básica / Secretaria Municipal de Saúde
Cronograma / Prazo	Junho/2022
Gestão, acompanhamento e avaliação	A cada distrito sanitário concluído será realizada uma reunião com os atores envolvidos para apresentação dos resultados e avaliação do grupo visando manter a estratégia ou estabelecer as possíveis modificações que possibilitem maior efeito positivo diante da proposta de intervenção.

7.4 Resultados Esperados

Com a execução deste plano de intervenção, espera-se que a assistência na APS do município seja qualificada às pessoas travestis e transexuais, com ênfase no acolhimento adequado, livre de preconceito e discriminação das unidades básicas de saúde, além do fortalecimento e reconhecimento da APS como ordenadora da rede assistencial, porta de entrada prioritária e indutora de mudanças.

Os resultados do projeto serão avaliados de acordo com síntese de relatos subjetivos acerca do projeto da população adscrita no território de abrangência das ações das Estratégias de Saúde da Família e, também, comparando-se dados relativos ao e-SUS antes e após o projeto. Espera-se que com a melhoria do atendimento haja um aumento de consultas em relação ao total de atendimentos. A análise do conjunto dos resultados obtidos viabilizará uma conclusão com mais acerto acerca do desfecho do projeto.

7.5 Viabilidade

A análise da viabilidade do plano consiste em identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para então, definir operações estratégicas capazes de motivar o ator que controla os recursos críticos. Em síntese, os objetivos são identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação, analisar a motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano, desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

De acordo com os autores a motivação pode ser classificada favorável, pois, são os próprios atores envolvidos na execução do plano de intervenção que controlam o recurso crítico para execução do plano.

7.6 Orçamento Estimado

Quadro 03. Descrição da previsão inicial de recursos financeiros necessários para execução do projeto de intervenção.

Material	Quantidade	Valor Unitário	Total
Papel Ofício (A4) - Resmas	04	R\$ 20,00	R\$ 80,00
Impressão Cartazes A3	100	R\$ 3,00	R\$ 300,00
Pen Drive	01	R\$ 50,00	R\$ 50,00
Formatação Gráfica	01	R\$ 200,00	R\$ 200,00
TOTAL			R\$ 630,00

Fonte: Elaboração do Autor.

7.7 Financiamento

A execução do projeto de intervenção em epígrafe, não necessita de grandes financiamentos, e diante deste, pode-se firmar parcerias com a gestão municipal.

7.8 Parcerias Estabelecidas/Responsáveis

Estabeleceu-se parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), sendo esta responsável pelo processo de formação dos profissionais APS que serão envolvidos, através do Projeto de Extensão R(existir).

7.9 Recursos Necessários

Recursos Humanos.

7.10 Resultados do Trabalho Interprofissional e Discussão

A Organização Mundial da Saúde reconhece a colaboração interprofissional como uma estratégia inovadora na redução da crise de saúde mundial. A educação interprofissional e a prática colaborativa podem ser mal compreendidas pelos profissionais de saúde, ao interpretarem simplesmente como trabalhar junto uns com os outros. Colaboração, se refere à criação de sinergia e não somente a acordo e comunicação e o trabalho colaborativo dos profissionais de saúde pode impactar

sobre os desafios atuais de saúde, fortalecer o sistema e imprimir melhorias de resultados na saúde.

Nesse sentido, observa-se avanço na discussão sobre a educação interprofissional que se destacou nacional e internacionalmente pela necessidade de reorganização dos serviços de saúde no contexto das diferentes demandas e do impacto sobre a saúde da população. Tal impacto pode contribuir para a promoção de práticas de cuidado integral às pessoas TT, com maior efetividade, resolutividade e segurança do paciente. A prática colaborativa entre os profissionais da saúde oportuniza o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos indispensáveis para a concretude do trabalho interprofissional em saúde.

7.11 Cronograma de execução

Discriminação	Meses					
	Out/21	Nov/21	Dez/21	Jan/22	Fev a Jun/22	
Fase 1 - Apresentar o plano de intervenção a gestão municipal de saúde de Maceió.						
Fase 2 - Articular atores envolvidos no processo de formação.						
Fase 3 - Elaborar protocolo de acolhimento e cuidado integral às pessoas trans.						
Fase 4 - Validar junto a gestão o protocolo de acolhimento e cuidado integral às pessoas trans.						
Fase 5 – Publicizar o protocolo de acolhimento e cuidado integral às pessoas trans.						
Fase 6 – Devolver as oficinas de formação junto dos profissionais de saúde da APS.						

7.12 Gestão, acompanhamento e avaliação

A proposta de ação é oriunda da estruturação do sistema de coordenação e acompanhamento para a execução das operações, indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). Nesse sentido, para uma avaliação da proposta de intervenção propõe-se reunião geral nos dias 1, 45 e 90 e 180 da operacionalização dos planos de ação para verificar o cumprimento das metas, a viabilidade dos planos, a necessidade de recursos (críticos e não críticos) e os riscos existentes para a execução.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as especificidades das pessoas travestis e transexuais, as equipes de atenção primária, tem obrigação de garantir o acolhimento e cuidado integral respeitando singularidades apresentadas, visto que a APS é caracterizada como a porta de entrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado dentro, garantindo os direitos de acesso às ações de atenção integral na atenção primária.

Nessas competências incluem a utilização de instrumentos gerenciais que possibilitem o diagnóstico situacional de saúde da população assistida, o planejamento de ações e a organização do processo de trabalho.

Esses princípios são reforçados nesse trabalho e apresentados como referenciais para o trabalho de desenvolvimento de qualquer ação que vise sua organização, superação de problemas operacionais e melhoramento do Sistema de Saúde.

A partir de um diagnóstico situacional, realizado pelo autor durante o Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, foram identificadas várias lacunas no atendimento à pessoa travesti e/ou transexual, dentre eles a ausência de acolhimento e cuidado integral às pessoas TT, o déficit de conhecimento dos profissionais de saúde, o que reflete no preconceito, discriminação e racismo institucional.

A partir desse problema, é proposto um plano de intervenção para implantação de um protocolo de acolhimento e cuidado integral às pessoas travestis e transexuais na atenção primária, com ênfase no respeito a identidade de gênero e as especificidades do cuidado integral, despertando para a importância de políticas públicas adequadas a essa população. Essas ações devem ser simultâneas e conta, como fator de viabilidade, a adesão de gestor e equipe de saúde.

Neste sentido ressalta-se a necessidade organizacional inicial do serviço para o atendimento da demanda espontânea, ao mesmo tempo em que se constrói um embasamento para novas propostas de intervenção, a partir dos seus processos de avaliação.

Considerando que o trabalho em saúde é um processo complexo por se tratar de uma relação de dinâmica de produção, em que atores e objetos são passíveis

de transformação, a dinamicidade desse processo exige dos profissionais de saúde um envolvimento maior na gestão dos seus processos de trabalho. A detecção de problemas e o planejamento de ações para sanar os mesmos devem fazer parte do cotidiano laboral desses profissionais com a finalidade de melhoria no cuidado e na assistência à população assistida.

Com isso, faz-se necessário enfatizar que este projeto de intervenção foi elaborado com a participação dos profissionais que atuam na pesquisa científica, além de profissionais do serviço, por isso acredita-se na sua viabilidade técnica.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N.; GUARIGLIA FILHO, J. E. F. A mulher e sua sexualidade. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. Saúde mental da mulher. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 229-268.

ABREU DE JESUS, W. L. ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006; 12:654-658.

ALBUQUERQUE et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review, BMC Int Health Hum Rights [Internet]. 2016 [Acess 02 nov. 2021]; 16:2.

ALMEIDA, L. T. A ciência em defesa da literatura: romance naturalista e moralidade em finais do século XIX. *Vocábulo*, Ribeirão Preto, v. 3, p. 1-1, 2012. Disponível em: http://www.baraodemaua.br/comunicacao/publicacoes/vocabulo/pdf/leandro_vol3.pdf. Acesso: 05 nov. 2021.

AMORIM, E. M. **Rede em Saúde Mental: perspectivas e encontros rumo a redes vivas**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2016.

ANDRADE, L. N. **Travestis na escola: Assujeitamento e resistência à ordem normativa**. 2012. Tese (Doutorado em Educação) – Programa Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

ARÁN, M. M. D. LIONÇO, D. T. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro [Internet]. 2009 [acesso 02 nov. 2021]; 14(4). Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>.

ARÁN, M. M. D.; Zaidhaft, S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade*. 2008; 20(1):70-79.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery*, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.

ASSIS, M. M. A., VILLA, T. C. S., NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saude Coletiva*. 2003; 8(3): 815-823.

ASSIS, M. M., JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Coletiva* [Internet]. 2012.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Rev. bras epidemiol*, São Paulo, v.5, supl.1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v5s1/05.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. p.117-139;

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of Young people living with HIV/ aids. Am. j. public health, Washington, v.96, n.6, p.1001-1006, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608>. Acesso em: 02 nov. 2021.

AYRES, J. R. C. M. Organization of health care actions: models and practices. Saúde Soc., São paulo, v.18, supl. 2, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003. Acesso em: 5 jul. 2016.

BARBOSA, B. C. Normas e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humana, Universidade de São Paulo; 2010.

BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. Discriminação e Saúde: Perspectivas e Métodos. Ed. Fiocruz, 2012.

BENEVIDES, B. Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017 [Internet]. Brasília; 2018. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. Estudos feministas, Florianópolis. 2012; 20(2):569-581.

BRASIL Ministério da Saúde. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2013. Brasília, 2016. Disponível em: Acesso em: 02 nov 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diversidades sexuais: adolescentes e jovens para educação entre pares. Brasília, 2010. Disponível em: Acesso em: 05 nov 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Senado Federal; Bortoni L. Expectativa de vida de transexuais é de 35 anos, metade da média nacional. Brasília: Senado Federal; 2017 [Internet]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativade-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-medianacional>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRITZMAN, D. O que é essa coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo. Educ. Real., Porto Alegre, v.21, n.1, p.71-96, 1996.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. Rev. Saúde Públ., São Paulo, v.36, n.4, suppl., 2002.

BUTLER, J. Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del “sexo”. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 2004. Disponível em: Acesso em: 05 nov. 2021.

BUTLER, J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós, 2007.

CALVO, M. Si la biología no es determinante, que la cultura no sea limitante: Aportes para incorporar la realidade de las personas trans a las políticas de juventude. Montevideo: MIDES; 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. Planejamento e avaliação das ações de saúde. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118 p.: il.

CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F.; CORDEIRO, R. P. Cultura e Subjetividade em Tempos de AIDS. Londrina: Alia, 2005.

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

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata set 1978. [Internet]. [Acesso 02 nov 2021. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

DETOMINI, V. C.; PARO, D. M. Sexualidade em saúde mental: atenção necessária. Rede humaniza SUS. In: IX SEMANA DE PSICOLOGIA DA UFMS, 2015, campus de Parnaíba. Disponível em: Acesso em: 05 nov. 2021.

DINIS, N. F. Educação, Relações de Gênero e Diversidade Sexual. Educ. Soc., Campinas, vol. 29, n. 103, p. 477-492, maio/ago. 2008 477 Disponível em: www.cedes.unicamp.br.

FÉBOLE. D. S. A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBTQIA+ no SUS. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2017.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade 1: a vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1995, p. 243-276.

FRANCO, N. A diversidade entra na escola: histórias de professores e professoras que transitam pelas fronteiras das sexualidades e gênero. 2009. Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009. Disponível em: < <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/13769>>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Diversidade sexual e homofobia no Brasil: intolerância e respeito às diferenças sexuais. São Paulo, 2008. Disponível em: Acesso em: 02 nov 2021.

GADAMER, H. G. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GAMSON, J. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. In DENZIN, N. K.; LINCON, Y. S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed/Bookma, 2006, p.345-363.

GEISLER, A. R. R.; MARTINS, A. P. A. Do 'ultraje público' à potência dos corpos obscenos: o direito (penal) na perspectiva queer. In: Geisler ARR, organizadora. Protagonismo trans*: política, direito e saúde na perspectiva da integralidade. 1ª edi. Niterói: Alternativa. 2015; 1:1-168.

GIOVANELLA, L. FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise, In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

GIRONDI, J. B. R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. Rev. eletrônica enferm., Góias, v.12, n1, p.20-27, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.5815>. Acesso em: 02 nov. 2021.

GOELLNER, S. V. A educação dos corpos, dos gêneros e das sexualidades e o reconhecimento da diversidade. Cadernos de Formação RBCE, p. 71-83, mar. 2010.

HEILBORN, M. Sexualidade: olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HYDE Z. et. al. The First Australian National Trans Mental Health Study: summary of resulta. Perth: School of Public Health, Curtin University; 2014.

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

KRAICZYK, J. A bioética e a prevenção da aids para travestis. 2014. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: Acesso em: 02 nov. 2021.

KULICK, D. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008

LO, S. et. al. Transgender health: na opportunity for global health equity, The Lancet. 2016; 388(10042):316-318.

LOMBARDI, E. L.; WILCHINS, R. A.; PREISING, D.; MALOUF, D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination, J Homosex [Internet]. 2001 [acesso 07 nov. 2021];42(1):89-101. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11991568>.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (org.) O corpo educado: Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, p.7-34.

MACHADO, L. M., et al. The meaning of professional making at family health strategy: primary care as scenario practice. J res fundam care. Online [Internet]. 2016 Jan/Mar [cited 2016 Sept 14];8(1):4026-35. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3384>.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. A aids no mundo. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1993.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

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

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?": Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335- 1342, 2006.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003; 129(5):674-97. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias*, Porto Alegre, n..21, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100008. Acesso em: 05 nov. 2021.

MOSCHETA, M. S. Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestir e transexuais. 2011. Tese (Doutorado de Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP. Disponível em: Acesso em: 05 nov. 2021.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev. Latinoam. enferm.*, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.923-928, 2008. Disponível em: Acesso em: 02 nov. 2021.

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

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade?. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 13, p. 641-451, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000400002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

PARKER, R. Diversidade sexual, análise cultural e a prevenção da aids. In: PARKER, R. (Org.). *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará, 1994, p.117-132.

PEREIRA, M. E. C. Krafft-Ebing: a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. *Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v.12, p. 379-386, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200011>. Acesso em: 05 nov. 2021.

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

PERES, W. S. Travestis: corpo, cuidado de si e cidadania. In: *Fazendo Gênero 8 Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis. 2008 ago.

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

PODESTÀ, L. L. Ensaio sobre o conceito de transfobia. *Periódicus*, Salvador, n.11, v. 1, mai-out.2019 – *Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades*. ISSN: 2358-0844 n. 11, v. 1 mai. -out. 2019 p. 363-380.

PORTO, M. F. S. Uma ecologia política dos riscos: princípios para integramos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

REISNER, L. S. et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review *Lancet*. 2016; 388:412-36.

ROCHA, R. M.; PEREIRA, D. L.; DIAS, T. M. The contexto of drug among transvestite sex workers. *Saude Soc.* 2013; 22: 554-65.

ROWE, C. et al. Prevalence and correlates of substance use among trans female youth ages 16-24 years in the San Francisco Bay Area, *Drug Alcohol Dependence*. 2015 Feb; 1(0):160-166.

RUBIN, G. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 21, p. 1-88, 2003. Disponível em: 05 nov. 2021.

SILVA JÚNIOR, A. G. et al. **Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade**. In: *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.) – Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

SILVA, S. G. A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2006, v. 26, n. 1 [Acessado 5 Novembro 2021], pp. 118-131. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100011>>. Epub 20 Ago 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100011>.

SILVEIRA, E. M. C. De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: Acesso em: 05 nov. 2021.

SIMAKAWA, V. V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**, 2016. 244 p. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, 2015.

SOUZA, et al. Projeto transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a inviabilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans. Belo Horizonte; 2015. Disponível em: < <http://www.nuhufmg.com.br/homens-trans-relatorio2.pdf>>.

TEIXEIRA, F. S. et al. Homofobia e sexualidade em adolescentes: trajetórias sexuais, riscos e vulnerabilidades. *Psicol. ciênc. prof.*, Brasília, v. 32, n.1, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100003>. Acesso em: Acesso em: 05 nov. 2021.

TONIETTE, M. A. Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. *Rev. bras. sex. hum.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 41-52, 2006. Disponível em: <http://sexoemocoos.com.br/home/41-artigos-rapidos/97-um-breve-olhar-historico-sobre-a-homossexualidade->. Acesso em: 05 nov. 2021.

TRAVERS, R. et al. Community control' in CBPR: Challenges experienced and questions raised from the Trans PULSE Project, *Action Research*. 2013; 11(4):403-422.

VIEIRA, L. L. F. As múltiplas faces da homossexualidade na obra freudiana. Rev. malestar subj., Fortaleza, v.9, n.2, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000200006. Acesso em: 05 nov. 2021.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 24-61. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1230/Guacira-Lopes-Louro-O-Corpo-Educado-pdf-rev.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

WINTER, S. et. al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet 2016; published online June 17.

WPATH. World professional association for transgender health [Internet]. 2018 [acesso 02 nov. 2021]. Disponível em: <<http://www.wpath.org/>>.

ANEXOS

ANEXO A - CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado **O ACOLHIMENTO E O CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, realizado por ROBERT LINCOLN BARROS MELO, sob a orientação da Ma. TERESA ANGÉLICA LOPES DE ASSIS a ser apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, do Núcleo de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (NUSP/FAMED/UFAL). Destaco que o Projeto de Intervenção proposto tem relevância institucional, e que a instituição participará da elaboração e execução do mesmo. Sendo assim, autorizo sua execução, desde que os envolvidos/as se comprometam a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para construção do Projeto de Intervenção.

Maceió/AL, 08 de setembro de 2021.


Célia Maria Rodrigues de Lima Dias Fernandes
Secretária Municipal de Saúde de Maceió

ANEXO B – Termo de Aceite e Compromisso de Orientação

TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, TEREZA ANGÉLICA LOPES DE ASSIS, RG nº 625092, declaro que aceito o compromisso de orientar o Projeto de Intervenção à ser desenvolvido pelo profissional especializando Robert Lincoln Barros Melo como Projeto de Intervenção do Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, do Núcleo de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (NUSP/FAMED/UFAL) - no período 2020-2021.

Maceió/AL, 20 de agosto de 2021.

Tereza Angélica Lopes de Assis
Orientadora

Robert Lincoln Barros Melo
Discente