

POPULAÇÃO TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS

Kueyla de Andrade Bitencourt¹

Larissa Bahia Ribeiro²

Resumo: O artigo descreve o percurso investigativo da percepção de médicas/os e enfermeiras/os das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) numa cidade de médio porte da Bahia acerca dos aspectos que compõem a saúde da população trans. Participaram da pesquisa dezoito profissionais que responderam perguntas direcionadas ao conhecimento destes sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e o segmento da Portaria 1820/09 referente ao direito que a/o usuária/o do SUS possui de usar o nome social nos serviços de saúde. Foram detectadas questões relativas à informação dos profissionais sobre gênero e sexualidade e desconhecimento das leis.

Palavras-chave: População trans; atenção primária; identidade de gênero.

Abstract: This article describes the investigative course of the perception of doctors and nurses who work in units of the Family Health Program (FHP) of a medium-sized city in Bahia about the aspects that compose the health of the transgender people. Eighteen professionals were interviewed, containing the interview questions focused on their knowledge about the National LGBT Integral Health Policy and the segment of Administrative Rule 1820/09 regarding the right that the user of the SUS has to use the social name in health services. Issues related to the information of professionals on gender and sexuality and lack of knowledge of the laws were detected.

Keywords: Trans people; primary health; gender identity.

Introdução

Por não se enquadrarem nas normas de gênero, as pessoas trans³ escapam às classificações existentes na sociedade. Exatamente por este motivo, encontram-se à margem das institucionalizações, sendo consideradas abjetas, por não serem

1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Memória, Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Docente da Universidade Federal da Bahia – campus Anísio Teixeira. Email: kueyla@yahoo.com.br

2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia – campus Anísio Teixeira. Email: larissa-bahia1@hotmail.com

3 A utilização deste termo no texto refere-se às pessoas transexuais e travestis.

compreendidas segundo a lógica heteronormativa⁴. Neste sentido, passam por processos de estigmatização que geram uma exclusão ainda maior no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, entre outras coisas.

Com esta perspectiva, o presente trabalho teve como objetivo inicial investigar de que modo os profissionais de saúde que atuam nas unidades do Programa de Saúde da Família percebem as demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e à saúde mental das pessoas trans, bem como analisar o conhecimento dos técnicos de nível superior acerca da Portaria 1820/09, sobre o uso do nome social, e da Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. A coleta de dados aconteceu através da realização de entrevistas semiestruturadas e registro em diário de campo, e a posterior análise de dados teve o intuito de identificar algumas unidades de sentido nas entrevistas.

As práticas culturais que perpassam as sociedades são construções que variam de acordo com o tempo e espaço em que acontecem; o que é considerado componente da lógica dominante representa um conjunto específico de pensamentos e ações, que garantem àqueles que reproduzem esta lógica ferramentas que afirmam seus lugares enquanto cidadãos, com acesso a serviços providos pelo Estado como educação, saúde, segurança. Entretanto, não se percebe no cotidiano uma equidade na oferta desses serviços, o que faz com que os movimentos sociais, enquanto expressão das ações coletivas dos sujeitos, façam uma crescente pressão sobre o Estado para que haja garantia de direitos àqueles que estão marginalizados por não contemplarem as normas dominantes.

O movimento LGBT, em específico, luta pela implementação de políticas públicas que garantam a inserção desse público e o combate de todas as formas de discriminação a ele direcionadas. No que se refere ao segmento T (travestis e transexuais), os problemas enfrentados tem fundamento principalmente no preconceito e na intolerância às diversidades. É um segmento que transcende a linha binária divisória de gênero entre homem e mulher, e aparece no cenário dos movimentos sociais norte-americanos a partir da década de 1960, quando a questão identitária torna-se pauta e se reivindica a despatologização da identidade trans.

Entre os eventos marcantes no início do movimento LGBT, a Revolta de Stonewall em 1969, em que um grande número de gays, lésbicas e transexuais enfrentaram a polícia que invadiu o bar de Stonewall Inn em Manhattan, é considerada o início dos movimentos sociais LGBT nos EUA (FERRAZ, 2017); ao que se segue, o surgimento de organizações nos anos 1970 e 1980 pautadas no fortalecimento pessoal da comunidade e na socialização. No Brasil, durante a ditadura civil militar alguns grupos começaram a se organizar e os jornais alternativos representaram fundamental importância ao denunciar as violências sofridas pelos LGBTs. O movimento trans, particularmente, começa a se articular em 1993,

4 De acordo com Berenice Bento, é a "(...) a capacidade da heterossexualidade apresentar-se como norma, a lei que regula e determina a impossibilidade de vida fora dos seus marcos." (2008, p. 40)

com o I Encontro Nacional de Travestis e Liberados que atuam na prevenção da Aids – ENTLAIDS, que em seguida se torna a Rede Nacional de Travestis e Liberados – RENTRAL; após muitos debates em torno de que público exatamente a sigla representaria, em dezembro do ano 2000 num encontro em Porto Alegre, surge a atual ANTRA - Articulação Nacional de Transgêneros (CARVALHO e CARRARA, 2013).

No que se refere às políticas públicas pensadas para este segmento, dentre as que mais avançam estão as políticas de saúde, com destaque para a portaria 1820/09 do Ministério da Saúde, um dos focos deste trabalho, que versa sobre o direito ao uso do nome social pelas pessoas trans nos prontuários e demais documentos dos serviços de saúde. Outro exemplo é a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, lançada em 2013, com orientações e definições acerca das especificidades de cada segmento e o que os profissionais de saúde, incluindo os que atuam na Atenção Básica, devem fazer para a promoção do cuidado.

Enquanto iniciativa do Estado brasileiro, a Atenção Básica funciona como via de acesso para os cidadãos aos serviços de baixa, média e alta complexidade; compreende um conjunto de ações de promoção e prevenção à saúde realizado por profissionais que compõem a equipe das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme ilustra o seguinte trecho: “A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um.” (BRASIL, 2014, p. 07).

Já atividades como visitas domiciliares feitas por agentes comunitários, organização de palestras ou realização de grupos para educação em saúde da população são exemplos de ações de prevenção indicadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que regulamenta as intervenções desenvolvidas nos dispositivos. Sabe-se que um dos princípios que norteiam o SUS é a equidade, de modo que as políticas públicas devem aparecer na contramão da lógica generalista, isto é, compreender e considerar o exercício da alteridade para que o cuidado em saúde se faça de modo integral e equânime. Assim,

[no SUS] o princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades. (MATTA, 2007, p. 69).

○ Muitos aspectos observados durante o processo de investigação podem ser compreendidos, a partir do referencial teórico que estrutura os discursos e norteia esta escrita. ○ segmento T, público da pesquisa, está ligado à identidade de

gênero, diferentemente dos outros segmentos LGBTs, que se referem à orientação sexual – sendo que essa diferenciação não é percebida no cotidiano das práticas de saúde; dentro da lógica heteronormativa existem apenas dois gêneros estanques em sua composição: masculino e feminino. A partir disto, quando um corpo subverte essa lógica e demanda novos modos de se fazer políticas de saúde, surgem marcos legais delineando formas de atuação para a promoção da saúde deste corpo, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a Portaria 1820/09 do Ministério da Saúde, já mencionadas. É um marco muito importante na luta pelo direito à saúde, pensada na lógica da construção de maior equidade e melhores tratamentos, ressaltando ainda que as questões de saúde da população trans se relacionam sobretudo a atitudes que geram impactos psíquicos profundos que se traduzem em sintomas graves.

(...) sabemos de um grande número de travestis e transexuais que reclamam ou que se mostram em estado de depressão [...] ou ainda, expressando graus elevados de ansiedade ou de desânimo frente à vida e de total descrédito com ela. Em casos mais extremos, vemos notícias sobre altos índices de morbidade e mortalidade por overdose de drogas, ou ainda, de incidências sobre práticas de suicídio, quando não são assassinados(as) com requintes de crueldade. (PERES; TOLEDO, 2011, p. 267)

A Portaria 1820/09, outra conquista importante dos movimentos sociais, refere-se, dentre outras coisas, ao direito à utilização do nome social pelas pessoas trans nos documentos dos serviços de saúde. Possui em sua estrutura artigos que definem os direitos dos usuários, desde o direito a um atendimento humanizado e acolhedor, até o direito de ter o nome de sua preferência constando nos registros daquele serviço como em fichas de cadastro, prontuários e exames.

O uso do nome social, por exemplo, é uma das ferramentas que a população trans recorre para legitimar-se, além de outros mecanismos que afirmam socialmente a maneira como querem ser, desde formas de se vestir e se comportar, a procedimentos médicos que modifiquem aspectos biológicos ou fisiológicos para ratificar sua identificação. Um exemplo é a realização de cirurgias de transgenitalização, autorizadas no Brasil através da Resolução 1482/97⁵, do Conselho Federal de Medicina.

Nesta resolução encontra-se definido o perfil do usuário candidato à realização da cirurgia, que é “o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio” (ARÁN et. al., 2009). Entretanto, nota-se aqui a presença da visão patologizante da pessoa transgênero, ainda hoje presente em determinados discursos e práticas institucionais, a despeito do número crescente

5 A resolução mencionada foi revogada e substituída pela resolução 1652/02, pela resolução 1955/10 e em seguida foi criada a portaria 2803/13 que atualizam algumas definições; entretanto a visão patologizante ainda aparece nos documentos.

de debates e construções de conhecimento acerca do tema que esclarece que a transexualidade não deve ser tratada como patologia.

Não obstante a existência de inúmeras conceituações, inclusive patologizantes, acerca do segmento T, neste trabalho será considerada a sugerida por Peres (2011), na qual ele diferencia transexuais e travestis. Transexuais são pessoas que não se identificam com seus genitais biológicos e as respectivas atribuições, podendo às vezes utilizar a cirurgia de transgenitalização para construir suas expressões de gêneros em consonância com seu bem estar, e pode ser FtM (femme to male – mulher a homem) ou MtF (male to femme – homem a mulher). Travestis, por sua vez, são pessoas que se identificam com as imagens e estilos diferentes do esperado socialmente para seu sexo biológico e que se apropriam de adereços e indumentárias dessas imagens, realizando com frequência a transformação de seus corpos, por meio da ingestão de hormônios ou aplicação de silicone industrial, assim como pelas cirurgias estéticas e implante de próteses, o que lhes permitem se situar numa condição de bem estar psíquico e social.

Não há consenso quanto a esses conceitos nem na literatura e nem entre as pessoas trans, pois são utilizados critérios de diferenciação cada um a seu modo, e há divergências também quanto à realização da cirurgia fazendo parte dessa distinção. Deve-se atentar, porém, para o fato de que muitas posturas adotadas por profissionais da saúde podem ser influenciadas por determinados modos de pensar. Com isso, cria-se um processo de estigmatização que gera atos de violência física e simbólica, com estatísticas alarmantes e discussões que nem sempre aparecem em determinados contextos, como o campo da Atenção Primária em Saúde.

Por conta dessa não aproximação dos profissionais da área com a discussão sobre gênero e sexualidade, em âmbito de formação profissional, algumas questões podem ser apontadas como seu reflexo e como geradoras de situações em que as pessoas trans se vêem constrangidas e alijadas do direito à saúde: o desconhecimento pelos profissionais sobre o que configura a identidade de gênero e como isso impacta na vida dos sujeitos já é um exemplo de discriminação, já que impede que um atendimento integral seja realizado, pois é um desconhecimento que ecoa tanto ao pensar sobre si, quanto na sua atuação, ao não fazer perguntas relacionadas a essa dimensão que compõe a subjetividade, por exemplo, como se esta não fizesse parte da saúde integral.

Neste sentido, para que a eficácia das estratégias de saúde aumente é necessário considerar a intolerância, que representa um obstáculo ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde. É preciso repensar a formação desses profissionais, atentando para questões éticas e políticas e não somente técnico-instrumentais, uma vez que espera-se desse profissional que esteja atento às demandas que surgem nos espaços sociais, sendo que, no caso específico da sexualidade - e mais específico ainda, das sexualidades consideradas subversivas como a transexualidade, essa postura pode configurar-se como preconceito dire-

cionado a esse público; é importante que o profissional de saúde entenda e acolha a diversidade entre as pessoas.

Quando se fala em mudar a concepção das pessoas sobre o que é a diferença, trata-se de desconstruir a percepção imposta pela lógica da normatividade através do combate aos aspectos culturais que a reforçam, que é onde essa lógica opera. É através das construções sociais - as noções de gênero, identidade, corpo - que determinadas compreensões se engendram na vida cotidiana e se refletem nas práticas; logo, é através destas que um movimento inverso pode se constituir. É necessário problematizar a diferença não apenas a partir da tolerância, mas da própria afirmação dessa diferença.

Identidade e diferença estão relacionadas a sistemas de representações, que circulam na cultura e são relacionais. Isso produz posições de sujeito, que pautam os lugares nas relações políticas e econômicas. Quanto à diferença em específico, esta “pode ser construída negativamente - por meio da exclusão ou da marginalização daquelas pessoas que são definidas como ‘outros’ ou forasteiros. Por outro lado, ela pode ser celebrada como fonte de diversidade, heterogeneidade e hibridismo, sendo vista como enriquecedora” (WOODWARD, 2005, p. 49).

Colling (2013) também traz uma discussão relevante neste sentido ao apontar que os próprios movimentos sociais encontram-se neste paradoxo ao pensar suas ferramentas, pois o lugar da diferença não é marcado do mesmo modo em todos os contextos: se por um lado esse paradigma em que todas as pessoas são iguais, e portanto deveriam ser tratadas igualmente, é uma estratégia que garantiu conquistas importantes, por outro pode fazer com que a alteridade existente entre os sujeitos seja reduzida ou mesmo desconsiderada por agrupá-los de modo abrangente, não levando em consideração as singularidades. Se o caminho segue pelo extremo oposto e as especificidades são cada vez mais pormenorizadas, aqueles que não têm todas as características de determinada identidade coletiva acabam sendo excluídos - o que nos leva a repensar as práticas a partir da ideia da diversidade justamente em seu aspecto mais positivo.

Essa base teórica foi o mote que conduziu ao estudo das questões descritas até então, tendo a pesquisa como instrumento para investigar de que modo elas aparecem nas vivências cotidianas dos serviços de saúde.

Percurso Metodológico

Essa pesquisa foi realizada a partir de um projeto sobre sexualidade e gênero do curso de Psicologia de uma Universidade localizada no interior da Bahia. A premissa para a realização da pesquisa, que envolve profissionais da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal, foi o contato com o Pólo de Educação, instância que discute e avalia os projetos para autorizar suas realizações. Com esta autorização, e com aprovação da pesquisa no comitê de ética da Universidade,

em seguida foram selecionadas as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) nas quais as entrevistas seriam realizadas. A proposta inicial era contemplar todas as unidades localizadas na zona urbana; entretanto, em virtude do pouco tempo de duração da pesquisa, o total de oito unidades das dezesseis existentes foram contempladas.

Outro aspecto relevante foi a dificuldade encontrada para entrevistar alguns profissionais, sobretudo de medicina; algumas unidades demandaram o retorno da entrevistadora mais de uma vez, além do tempo de espera em algumas delas, visto que a quantidade de usuários do serviço em questão era muito grande. Além disso, a rotatividade dos profissionais em alguns lugares foi alta, o que fez com que o profissional contatado inicialmente não fosse o mesmo na ocasião da entrevista, quando o retorno foi feito.

A pesquisa contou com uma bolsista ligada a um projeto fruto de uma iniciativa da Coordenação de Ações Afirmativas, Educação e Diversidade, mantido com recursos do Plano Nacional de Assistência Estudantil - PNAES, que se configura em uma rede de ações nos campos da Pesquisa, da Extensão e da Gestão Universitária.

A coleta dos dados aconteceu por meio de dois instrumentos. Em um deles, o diário de campo, foram registradas observações sobre as práticas no ambiente dos PSFs, destacando as reações dos profissionais sobre a entrevista e a temática em questão. A realização da pesquisa foi um processo tão desafiador quanto trabalhoso, tanto nos momentos em que as entrevistas não eram bem-sucedidas, quanto nos momentos de construção do diário de campo, essencial para produzir informações sobre a vivência; um importante instrumento na pesquisa qualitativa, que fornece outro olhar sobre os temas pois é atravessado principalmente pela percepção de quem o escreve. “O diário de campo configura-se como um dispositivo de registro das temporalidades cotidianas vivenciadas na pesquisa, ao potencializar a compreensão dos movimentos da/na pesquisa e das diversas culturas inscritas no cotidiano (...)” (OLIVEIRA, 2014, p. 69).

AO outro instrumento foi a entrevista qualitativa semiestruturada, realizada com os profissionais de nível superior, de medicina e enfermagem dos PSFs. Foram onze profissionais enfermeiros e sete médicos, sendo um entrevistado do Programa Mais Médicos⁶, quinze são mulheres e três homens, com idades entre 25 e 59 anos. O roteiro de entrevista foi formulado para nortear a conversa, porém, outras questões que iam surgindo no momento foram adicionadas. Vale dizer que quantitativamente, os dados não foram tão expressivos; a maior parte das respostas foi evasiva e sucinta, principalmente quando perguntados se conheciam o que orienta a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a Portaria

6 Programa criado por meio da Medida Provisória nº 621 de julho de 2013, que previa a inserção de mais profissionais médicos nas regiões mais vulneráveis do país, além de mais investimentos na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

1820/09; assim o foi também para o tópico relacionado à existência de perguntas específicas sobre a sexualidade na anamnese e sobre demandas de saúde mental.

As entrevistas foram gravadas mediante consentimento dos entrevistados, a partir de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi feita a análise de dados após a coleta e transcrição de todas as entrevistas. Depois do aprofundamento teórico, foram destacadas algumas unidades de sentidos, utilizadas para subsidiar as discussões que se seguem.

Atenção Primária ao público T

Os profissionais de saúde que compuseram o público da pesquisa foram as/os médicas/os e enfermeiras/os que atuam nas unidades componentes da Estratégia de Saúde da Família, localizadas na zona urbana de uma cidade de médio porte no interior da Bahia. O objetivo inicial da pesquisa foi analisar de que maneira os profissionais de saúde percebem as demandas relacionadas ao sofrimento psíquico das pessoas transgênero, e como isso impacta consequentemente no acesso aos serviços/equipamentos de saúde por essas pessoas. No decorrer do processo, em função das respostas evasivas sobre a saúde mental dessa população, houve uma mudança de foco da pesquisa. Em interface com a teoria, foram observados principalmente os modos de demonstração do conhecimento sobre os marcos legais dos direitos LGBT - a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a portaria 1820/09 do Ministério da Saúde; o efeito nas práticas cotidianas do processo de formação destes profissionais; aspectos do manejo utilizado para com as demandas da população trans e a possibilidade do uso do nome social nos documentos do serviço.

Ao serem perguntados se conheciam a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, os profissionais em sua maioria afirmaram conhecer, já ouviram falar da Política, porém não discorreram ou especificaram o que sabiam sobre isso - o que denuncia o preconceito deles com a população LGBT como um todo e a trans especificamente, que possui demandas, mas têm o acesso à saúde impossibilitado, sobretudo pelo distanciamento produzido pela desinformação, apesar do que recomenda a PNPS acerca da “(...) formação e a educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde” (BRASIL, 2014, p. 03), e das portarias e documentos lançados pelo Ministério da Saúde referentes às ações que se devem realizar para a promoção da saúde integral desse público. Ao serem perguntados se já tinham feito atendimento a pacientes transexuais, as respostas foram predominantemente negativas, assim como o foram quanto à pergunta sobre o conhecimento da Portaria 1820/09, referente ao uso do nome social.

Uma estratégia viável para minimizar ou mesmo dissipar os efeitos negativos dessa desinformação seria a realização de capacitações, a fim de munir os técnicos para melhor lidar com as diferentes questões relacionadas ao gênero e

à sexualidade. Entretanto, para que uma capacitação seja feita é necessário ter público. E qual seria ele, especificamente?

Ao serem perguntadas/os sobre uma possível capacitação relacionada ao manejo com o público trans, as/os entrevistadas/os apresentaram contrapontos. Em algumas falas pode-se notar a percepção da importância deste momento, como a da enfermeira Viviane⁷ (2017), que diz “*A gente pode encontrar um paciente que seja desse público e realmente eu acho que saber lidar e acolher esse paciente é extremamente importante para que ele se sinta aberto pra poder retornar pra unidade(...)*”. Outras falas, entretanto, apontam que essa temática não seria tão importante, como no trecho que a profissional médica afirma “*Tá todo mundo aberto, não vejo uma necessidade de capacitação, não vejo não; tem outras demandas mais importantes, outras doenças mais importantes do que isso.*” (Marta, 2017).

A partir do exposto, pode-se inferir que há uma relação de saber/poder entre esses profissionais, isto é, a crença de que o profissional médico, talvez por passar um tempo maior na graduação, não necessitaria de novas capacitações, já que se encontra informado o suficiente. Porém o próprio Código de Ética Médica, no seu artigo V, sugere o dever que os profissionais têm de manterem-se atualizados e atentos às mudanças e novas demandas sociais, como demonstra o trecho que diz que “*Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente*” (CFM, 2010). Apesar disso, tal crença muitas vezes é endossada pela supervalorização que a sociedade faz de algumas profissões em detrimento de outras. Um trecho específico da fala de Marta, em que ela afirma existirem demandas mais importantes, permite supor que existe certa indiferença na maneira como ela enxerga a demanda trans, já que é uma temática de relevância social; parece haver também um privilégio de outras questões em detrimento desta, o que sugere uma discriminação com este público.

Uma outra discussão é direcionada ao entendimento por parte dos profissionais sobre os conceitos de transexualidade e travestilidade, bem como o que seria feito a partir das demandas que recebessem, ou seja, se existiria algum tipo de protocolo específico para o atendimento deste público, ou que encaminhamentos seriam feitos para os demais componentes da rede de saúde.

○ Esta discussão conceitual, mesmo sendo presente nos contextos atuais, não parece existir na realidade das/os entrevistadas/os, pelo que se pôde notar a partir de algumas falas, em que a diferenciação não é clara, como ilustra Dafne (2017) ao dizer “*Eu acho que eu já recebi pacientes homossexuais. Transexuais acho que eu nunca recebi, eu acho que eu confundi. Transexual é quem já fez a mudança, né?*”, e Valquíria “*A gente não tem pra esse público nenhum tipo de manual, nenhum tipo de protocolo... Nada.*”

Inicialmente, a explicitação dos termos não foi feita na formulação da pergunta porque isso já representaria um dado de pesquisa; caso contrário, se a explicação fosse dada pela entrevistadora previamente, isso poderia fazer com que as respostas fossem enviesadas, e buscava-se influenciar o mínimo possível neste sentido. Apareceram a diferenciação entre identidade de gênero e orientação sexual de modo confuso, além de uma culpabilização das pessoas trans pelo distanciamento entre elas e as unidades de saúde, como pontua Ricardo (2017) ao dizer que “às vezes as próprias pessoas trans se discriminam, se marginalizam”; o que demonstra uma desinformação por parte desses profissionais, bem como um estigma que correlaciona a travestilidade e a transexualidade apenas a lugares segregados, aliados de direitos.

Este é um efeito que permite trazer outro aspecto percebido a partir da análise das entrevistas, o de que existe uma desvinculação entre a sexualidade do indivíduo e a saúde, como se a primeira fosse uma dimensão para além das que compõem a subjetividade. Em algumas falas isso fica claro, como a de Suelen (2017) que diz “*Se você é ou não é eu não vou ficar lhe perguntando qual a sua opção, eu vou perguntar sua queixa, te atender de forma geral, **integral**, mas sem estar entrando na intimidade do paciente.*” (grifo nosso). Outro exemplo é Valéria (2017), que ao explicar como acontece a anamnese, pontua que faz “*Perguntas mais gerais. Pergunta tipo ‘quando iniciou o primeiro contato sexual’ né, ‘quantidade de parceiros’, mas isso aí é geral, não tem... É, não pergunta né, se é trans, se é hetero, não. Não faz parte, nunca vi*”.

No que se refere à sexualidade, as normas de gênero são mecanismos de funcionamento do chamado biopoder para regular os prazeres e controlar os corpos. Entende-se o biopoder como “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder” (FOUCAULT, 2008, p. 3). Entretanto, modos dissidentes surgem o tempo todo nas fendas desse controle, e é exatamente nesses (não) lugares que a transexualidade e a travestilidade - como tantas outras maneiras de ser - se constroem; e por isso são alvo de estigmas, invisibilidades, preconceitos outras reações do biopoder para interromper este fluxo.

Para além disso, os modos de identificação com a dimensão cultural do gênero se processam de forma diferente em pessoas *cisgêneras*, que apresentam concordância com o sexo a si designado, e em pessoas trans que apresentam possibilidades plurais, mesmo dentro da lógica dominante. Existem ferramentas que consolidam no âmbito social a demarcação desse lugar, que reiteram esses modos de existência que subvertem a ordem; o uso do nome social é um exemplo.

O nome, assim como outras características que socialmente definem a qual gênero pertence o sujeito, precede a sua existência, pois é pensado por outrem mesmo antes do nascimento. É uma instância que possibilita a inscrição no social,

para si e para o outro, na medida em que esse outro o reconhece pelo nome. As pessoas trans que não fazem uso do nome do registro civil muitas vezes não têm seu direito ao nome social respeitado nas unidades de saúde, apesar da garantia oferecida pela lei documentada na forma da Portaria 1820/09 do Ministério da Saúde. Segundo esta,

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (...) (BRASIL, p. 2, 2009)

Quando se fala sobre tornar efetivos direitos que estão registrados nas leis, os profissionais na rede de saúde devem observar, além das questões técnicas, as questões éticas que muitas vezes aparecem em contraponto às primeiras, apesar de serem domínios que se complementam no fazer dos profissionais⁸. A enfermeira Ivonete (2017) ilustra a necessidade da normativa como forma de garantir o cumprimento da mesma, como se percebe em sua fala *“Eu faço tudo como tá na lei, né? Se a lei é favorável então eu colocaria tranquilamente - é porque geralmente essa parte é feita lá no SAME⁹(...)”*. Pode-se perceber a mesma necessidade na fala de Verônica, que complementa dizendo *“Eu acho que sim, se tá dentro da portaria né? Acredito que sim. Porque ela pode querer ser reconhecida por esse nome, não é isso?”*

Vê-se, pelos excertos das entrevistas, que a garantia que faz com que o nome social seja usado no serviço de saúde é a lei, ou seja, pode-se inferir que caso não existisse um documento oficial explicitando esta obrigação, talvez isso não acontecesse por conta do técnico que realiza esse atendimento. Deve-se atentar para o fato de que os profissionais, enquanto produtores de cuidado, tem uma ética no seu fazer que deve ser respeitada e não ignorar as singularidades dos sujeitos. Ou ainda, já que é às normativas escritas que se recorre, existem prerrogativas específicas a esse respeito nas já mencionadas Portaria 1820/09 e na Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Embora exista uma política específica para essa população e a possibilidade de

8 Salienta-se que além da portaria federal, existe uma lei municipal na cidade em questão que versa especificamente sobre a garantia do direito ao uso do nome social nos serviços públicos.

9 SAME - Serviço de Arquivo Médico Especializado. Departamento no qual são feitos os cadastros e ficam guardados os prontuários e informações importantes sobre os usuários daquela unidade do Programa de Saúde da Família.

execução desta através das secretarias municipais de saúde ¹⁰, nota-se que esse conhecimento não se traduz no cotidiano dos profissionais, a partir da observação de alguns trechos extraídos durante a pesquisa, o que denota a desconexão entre o que preconiza a lei e o que apareceu nas entrevistas.

Parece contraditório que, ao passo em que se aponta a relação “se e somente se” entre as leis e sua aplicação nos contextos diários, chega-se à conclusão de que essas mesmas leis não funcionam porque não existe uma efetividade no seu cumprimento, como os dados sobre a população trans e as próprias falas das/os entrevistadas/os revelam. Isso nos leva a pensar de que efetividade se fala quando as leis são aplicadas enquanto instrumentos prescritivos, não existindo uma sensibilização por parte de quem faz a lei ser cumprida.

Considerações Finais

Em função do desconhecimento no que se refere à identidade de gênero e à não problematização das questões da sexualidade em seu amplo espectro no ambiente dos PSFs, não se pode afirmar categoricamente que pessoas trans não foram atendidas nesses espaços, em função da não especificidade em relação ao tratamento; entretanto, não se explicitou essa diferença para os entrevistados propositalmente, por entender que isso seria um dado de pesquisa, mesmo tendo pistas incontestáveis de que não estão afinados com a temática, como se pode notar através da desconexão do tema da sexualidade na anamnese, não demonstram conhecer as normativas, não compreendem o uso do nome social e o discurso médico se pauta ainda na relação de saber/poder, embora tenha sido visto através da pesquisa que não estão capacitados.

Não obstante, existe a reivindicação do saber médico da possibilidade do diagnóstico da identidade trans, que implica na patologização, o que acaba muitas vezes circunscrevendo esses modos de existência a lugares restritos, de classificações e estigmas. Além disso, esses profissionais, considerados referência pela população que os procuram, não se atentam para as demandas que escapam às dimensões físicas e não parecem querer se atentar, ao reiterar que sua prática clínica é restrita às queixas advindas de sintomas fisiológicos.

Houve uma mudança de foco durante o processo da pesquisa: inicialmente objetivava-se a percepção da saúde mental do público trans, mas com reiteradas respostas negativas sobre o tratamento dessas pessoas no serviço, não foram obtidos dados suficientes para afirmar o direcionamento dessa demanda em relação a saúde mental. Conseqüentemente, não houve um foco para os respectivos encaminhamentos dentro da rede, e acabou-se enfatizando o acesso e conhecimento dos profissionais às normativas; porém, vale ressaltar que o objetivo da

10 Não fazia parte do público entrevistado membros da gestão municipal. Além disso, o objetivo da pesquisa não é a análise de políticas públicas em saúde do município.

pesquisa não era fazer uma avaliação das políticas públicas.

Percebe-se ainda que não são feitas ações de promoção da saúde para este público, e embora alguns profissionais tenham utilizado a justificativa de que é uma população que não chega ao serviço, sabe-se que a demanda existe. O cuidado não deve ser produzido unilateralmente; é necessário que a unidade de saúde, enquanto instituição que oferta serviços voltados para esse cuidado, se faça presente no território de sua população para além da localização geográfica.

Desse modo, questiona-se se a existência da lei é o suficiente para garantir a implementação dos direitos dos usuários dos serviços de saúde; questiona-se também como esses profissionais percebem a transexualidade, como percebem o direito de cada pessoa viver sua sexualidade e como contribuem para o saber/poder biomédico que desconsidera e enquadra algumas práticas que fogem às normas e performances que são inteligíveis e esperadas socialmente.

Referências

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 4, 2009.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1820/09**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 ago. 2009. Seção 1, p.80-1.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: **revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: MS; 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2803/13**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 nov. 2013. Seção 1, pág. 25.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: MS, 2011.

CARVALHO, M; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 14, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009/ Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Seção I.

_____. **Resolução 1482/97**. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização

e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, 10 set. 1997. Seção 1, p. 20.

----- . **Resolução 1652/02.** Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução 1.482/1997. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, 2 dez. 2002. Seção 1, p.80/81.

----- . **Resolução 1955/10.** Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, 3 set. 2010. Seção 1, p. 109-10.

FERRAZ, T. **Conheça a história do movimento pelos direitos LGBT.** Disponível em:<<https://www.politize.com.br/lgbt-historia-movimento/>>. Acesso em 13 nov. 2018.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população:** curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** pp. 61-79, Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

OLIVEIRA, R. C. M. (ENTRE)LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Rev. Bras. de Ed. de Jovens e Adultos**, vol. 2, n. 4, 2014.

PERES, W. S.; TOLEDO, L. G. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Rev. psicol. polít.**, v. 11, n. 22, 2011.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz T. da (Org.) **Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais.** p. 07-72, Petrópolis: Vozes, 2006.

Recebido em março de 2019.

Aprovado em abril de 2019.