

Artigo Original

Homens trans: da invisibilidade à rede de atenção em saúde

Trans men: from invisibility to health care network

Hombres trans: de la invisibilidad a la red de atención en salud



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v8i1.4895>

Anna Caroline Solka¹, Clarissa De Antoni^{2*}.

RESUMO

A saúde é um direito que deve ser assegurado e promovido pelo Estado. É preciso pensá-la de forma ampliada e considerar as desigualdades e iniquidades existentes dentro da sociedade. No caso dos homens trans, percebe-se uma invisibilidade dos sujeitos no âmbito da saúde. Este estudo, qualitativo/exploratório, teve como objetivo conhecer as principais necessidades em saúde dos homens trans, o acesso e as suas percepções sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e como essa experiência influencia no seu bem-estar. Participaram de entrevistas individuais oito homens entre 20 e 50 anos que se identificaram enquanto trans, sendo a análise realizada a partir da Análise Temática dos dados. Evidenciou-se o uso do nome social como pouco utilizado e/ou respeitado pelos/as profissionais nos atendimentos, gerando situações de constrangimento para os homens trans. A pouca discussão sobre a transexualidade, nos cursos de graduação e na atuação cotidiana, somado a pouca literatura, corroboram para profissionais

despreparados/as e serviços pouco acolhedores. O acesso aos serviços especializados em hormonoterapia e cirurgias é visto como meio para o reconhecimento ao pertencimento social dos homens trans. Concomitante, a via de acesso a estes serviços é pela patologização da sua existência, reafirmando o modelo normalizador em saúde.

Palavras-Chave: transexualidade; homem transexual; identidade de gênero; saúde pública.

ABSTRACT

Health is a right that must be ensured and promoted by the State. Is necessary to think about it in an extended way and consider the inequalities and inequities that exist within society. In the case of trans men, one perceives an invisibility of the subjects in the scope of health. This qualitative/exploratory study aimed to know the main health needs of trans men, access and their perceptions about the Unified Health System (SUS) and how this experience influences their well-being. Eight men between the ages of 20 and 50 who identified themselves as trans were interviewed, and the analysis was based on the Thematic Analysis. It was evidenced the use of the social name as little used and/or respected by the professionals in the consultations, generating situations of embarrassment for the trans men. The poor discussion about transsexuality, undergraduate courses and daily activities, coupled with the lack of literature, corroborate unprepared professionals and unpleasant services. Access to services specialized in hormone therapy and surgeries are seen as a means to recognize the social belonging of trans men. At the same time, the access to these services is through the pathologization of their existence, reaffirming the normalizing model in health.

¹ Psicóloga formada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

² Doutora em Psicologia, Docente da Graduação de Psicologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

* **Autor correspondente:** Rua Sarmento Leite, 245 – Departamento de Psicologia - Centro Histórico, Cep 90050-170, Porto Alegre/RS, Brasil.

E-mail: clarissad@ufcspa.edu.br

Submetido: 09/07-2018

Aceito: 18/11/2019

Keywords: transsexuality; transsexual man; gender identity; public health.

INTRODUÇÃO

Desde a Constituição Federal¹ de 1988, a saúde passou a fazer parte dos direitos de cidadania e coube ao Estado brasileiro a sua garantia. Ao se constituir nos princípios de universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde e participação popular², o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir o acesso a todas e todos de forma gratuita, livre de barreiras econômicas e socioculturais, de forma integral e condizente com as necessidades de saúde e desigualdades existentes entre as pessoas e grupos, além de contar com a participação da população sobre a formulação, decisão e controle das políticas públicas. Esse processo resultou na criação de um sistema que deve promover a igualdade de condições e de acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde³.

Saúde é entendida aqui não de um modo singular, mas através das possibilidades de fazer e promover “saúdes”⁴. Cecilio⁵ fala em necessidades de saúde, sociais e historicamente determinadas e construídas, interagindo com aspectos socioeconômicos, ambientais, emocionais e relacionais. Para o autor existem quatro grandes conjuntos de necessidades de saúde: ter boas condições de vida; ter acesso e oportunidade de uso da tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; a criação de vínculos (a)efetivos de confiança e respeito entre profissional de saúde/usuário/a/equipe; e a necessidade de cada pessoa ter autonomia e autocuidado no seu modo de viver.

Para garantir que as necessidades de saúde sejam atendidas, mais que considerar a igualdade, deve-se considerar as desigualdades e iniquidades existentes dentro da sociedade e em determinados grupos⁶. Como exemplo, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) ao se desviar da matriz heteronormativa, do binarismo de gênero ou da norma cissexista, estão mais vulneráveis a terem seus direitos humanos básicos violados. A matriz heteronormativa e a norma cissexista operam sob uma lógica binária de dois sexos e de dois gêneros (homem/mulher, masculino/feminino), legitimando determinados corpos ou sexualidades como corretos e rejeitando

aqueles que não se adequam a essa construção.

Essa realidade atravessa todos os âmbitos da sociedade, inclusive o campo da saúde. A situação é proeminente quando falamos de homens e mulheres trans. No nascimento, as pessoas são designadas como homens ou mulheres, mas, ao crescerem, nem sempre há a identificação com o sexo que lhes foi atribuído⁷. A identidade de gênero trans é vista como a experiência interna e individual do gênero não correspondente ao sexo atribuído ao nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver modificação da aparência ou função) e outras expressões de gênero⁸. É importante ressaltar que gênero associa-se também a outros marcadores sociais, tais como: raça, classe, capacidade física, status migratório, religião, entre outras questões identitárias⁹.

Alguns mecanismos surgiram como possibilidades de minimizar as iniquidades em saúde, como, por exemplo, a Lei 8.080/90² que reconhece a igualdade e a não discriminação das pessoas nos serviços públicos de saúde e as 12^a e 13^a Conferências Nacionais de Saúde^{10,11}, que reconhecem as orientações sexuais e as identidades de gêneros como temas da análise da determinação social da saúde as quais irão influenciar a dimensão da saúde de pessoas LGBT. No entanto, na literatura se evidencia que ainda assim a organização dos serviços, a postura de profissionais, o estigma e o constrangimento vivenciado pela população trans comprometem a materialização dos princípios e diretrizes do SUS¹².

Quando falamos dos homens trans é como se esses homens não existissem¹³ nas políticas e nas práticas em saúde. Quando existem, são poucos os estudos que abrangem um olhar específico ao grupo^{6,14,15,16}, produzindo-se materiais com o ponto de vista voltado geralmente as mulheres trans ou as questões relacionadas com os procedimentos cirúrgicos da transgenitalização e ao risco de infecção por HIV⁶.

Os homens trans são entendidos como indivíduos que inicialmente tiveram seus corpos assignados como “femininos”, mas que ao longo do seu desenvolvimento não se identificaram com essa caracterização, opondo-se em alguma medida¹⁷. Essa “oposição” ocorre na intenção de viverem de acordo com o gênero que se sentem mais confortáveis. Em 2015, no primeiro Encontro

Nacional de Homens Trans do Brasil, optou-se pelo uso do termo “homens trans” para identificar o grupo, em contraposição a termos utilizados anteriormente, os quais reiteravam aspectos biológicos.

Um fenômeno comum, é que alguns homens costumam ver a transexualidade como algo transitório, que será superado pelo acesso às tecnologias hormonoterápicas e cirúrgicas e ao reconhecimento judicial do nome, considerando a rápida capacidade de *passabilidade/passing* (ser visualmente identificado por outras pessoas como pertencente ao gênero com o qual se identifica), em comparação às mulheres^{17,18}. Ao atingirem os corpos e as condições de vida que consideram ideais esses sujeitos acabam, às vezes, se desvinculando da categoria “trans” e passam a viver os padrões sociais hegemônicos¹⁷.

No entanto, nos últimos anos há uma mudança nesse cenário, percebendo-se uma maior união e visibilidade do grupo. No Brasil, inicialmente, com as aparições de João W. Nery, primeiro homem trans a realizar intervenções cirúrgicas no país; atualmente por meio do movimento social, com a formação de uma unidade de suporte a outros homens, de uma maior organização na busca da garantia de seus direitos jurídicos, sociais e em saúde, e pela aparição na mídia.

Percebe-se que são poucas as discussões sobre as demandas em saúde dos homens trans, o acesso e a sua relação com a rede de atendimento em saúde pública, bem como dos/as profissionais que os atendem. Desse modo, essa pesquisa tem como objetivo conhecer as principais demandas em saúde dos homens trans, como estes acessam os serviços e as suas percepções sobre o Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Esse estudo é um recorte de uma pesquisa que investigou a rede de apoio e a rede de atenção em saúde de homens trans, sendo que para este artigo optou-se por analisar a rede de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória.

Os participantes foram selecionados por conveniência, através do contato inicialmente online das pesquisadoras com representantes de um movimento social de homens trans do Rio Grande do Sul. Optou-se pelo critério de saturação

dos dados¹⁹, ou seja, não menos do que seis entrevistas e não mais do que 12, sendo que as categorias saturam quando o equivalente a 1/3 das observações já efetuadas não acrescentam novas informações. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, se compreenderem enquanto homem trans e morar em Porto Alegre ou Região Metropolitana.

Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados sociodemográficos e uma entrevista semi-estruturada, ambos elaborados pelas pesquisadoras. O questionário de dados sociodemográficos permitiu conhecer informações como idade, escolaridade e profissão. A entrevista semiestruturada abordou sobre a realidade vivenciada em relação aos processos de saúde, emocionais e sociais dos homens trans e o acesso aos serviços de saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade (título removido para avaliação por pares cega) sob o nº 1894884 e segue as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas individuais foram gravadas, transcritas e submetidas à Análise Temática de Braun e Clarke²⁰, que propõem identificar e analisar padrões ou temas nas falas para então compreender os significados destes. A partir dessa análise, evidenciaram-se as temáticas de maior destaque e a sua significância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa oito (8) homens que se identificavam enquanto homem ou homem trans. Alguns dos entrevistados, quando questionados, apontam se identificar como homem trans, enquanto outros se percebem enquanto homens, sem o acréscimo da terminologia trans. Os entrevistados tinham entre 20 e 50 anos de idade. Cinco participantes residiam em Porto Alegre e três em cidades próximas. Quanto à escolaridade, quatro possuíam o Ensino Médio Completo, dois o Ensino Superior Completo e dois o Ensino Superior Incompleto. No período da entrevista seis dos participantes realizavam alguma atividade profissional remunerada. Dos entrevistados, dois utilizavam os serviços públicos de saúde e seis clínicas particulares ou convênio de saúde. Destes seis, dois participantes já fizeram uso da rede pública anteriormente. A Tabela 1 mostra os dados dos participantes.

Tabela 1. Dados demográficos dos participantes

Nome*	Idade	Escolaridade	Profissão	Acessa os serviços públicos de saúde
Hugo	27 anos	Ensino Médio Completo	Gerente e empresário	Acessa
Iago	30 anos	Ensino Superior Completo	Professor e marketing	Não acessa
Caio	21 anos	Ensino Superior Incompleto	Estudante	Não acessa
Nicolas	20 anos	Ensino Médio Completo	Desempregado	Não acessa
Vitor	32 anos	Ensino Médio Completo	Empresário	Não acessa
Wesley	24 anos	Ensino Superior Incompleto	Estudante e militante	Acessou
Luís	50 anos	Ensino Médio Completo	Autônomo	Acessa
Cauã	30 anos	Ensino Superior Completo	Desempregado	Acessou

*Os nomes são fictícios para preservar o anonimato dos participantes.

As temáticas mais pontuadas durante as entrevistas foram divididas em três grupos para melhor compreensão: 1) a questão do nome social, 2) a falta de qualificação e o preconceito dos/as profissionais da rede de atenção em saúde e 3) a dificuldade de acesso aos serviços e procedimentos específicos em hormonoterapia e cirurgias para a população trans.

A questão do nome social para os homens trans

“A pessoa sabe que tu és trans a partir do momento que tu mostra o documento, já tem um constrangimento” (Caio)

O nome faz parte do senso de identidade do indivíduo, como ele se percebe e é percebido pelos pares. O nome social é a designação pelo qual homens trans e mulheres trans e travestis se identificam e são socialmente reconhecidos/as. O seu uso permite o tratamento pela forma condizente ao gênero com o qual se identificam, evitando-se desrespeitos e exposição a situações constrangedoras.

Na saúde, em 2009, através da Portaria MS 1820²¹, institui-se o direito ao uso do nome social no SUS, possibilitando o registro nos documentos e o tratamento nominal condizente com a preferência do/a usuário/a. Fruto de ações do movimento social, em 2014, por meio da Nota Técnica MS 18²², a utilização do nome social passou a ser garantida

também no Cartão Nacional de Saúde. Esta nota orientou o preenchimento do cartão, permitindo conter somente o nome social, omitindo-se sexo e nome de registro civil.

Neste estudo, alguns entrevistados tiveram experiências positivas quanto ao uso do nome social em certos espaços de saúde, sendo respeitado o nome e os pronomes de preferência. Entretanto, todos os entrevistados referiram algum episódio de desrespeito ao uso do nome social ao acessarem os serviços de saúde da atenção básica ou especializados. Referiram que com frequência os/as profissionais de saúde os chamam pelo nome de registro civil mesmo quando consta o nome social nos documentos ou quando solicitaram serem chamados por este. Mencionaram também a dificuldade em realizar o Cartão Nacional de Saúde com o nome social, o que aparece como um impasse no acesso em saúde.

Igualmente, outras pesquisas^{6,23,24,25} apontam para o desrespeito ao uso do nome social de pessoas trans pelos/as profissionais dos serviços de saúde como um mecanismo que reproduz a falta de respeito, a discriminação e a exclusão. Os entrevistados deste estudo percebem o desrespeito ao nome como uma forma de preconceito contra as pessoas trans. Vitor relata que às vezes a carteira ou o nome social não são reconhecidos nos serviços: *“tu tem que apresentar a tua identidade e tua carteira de nome social, e daí ao invés de chamarem pelo*

nome social, que tem como botar e deveria ser respeitado, eles chamam pelo nome de registro.”. Já Wesley encontrou dificuldade em realizar o Cartão SUS:

“(...) apresentei minha carteira do nome social (...) Daí a pessoa tirou no cadastro, leu meu nome de registro alto, na frente de todo mundo, começou a gritar comigo dizendo ‘não, não tem esse nome que tu tá dizendo que tu tem, se tu quiser tu tem que procurar a sede do SUS’. (...) saí de lá chorando, me sentindo muito mal, (...) eu tava passando mal, precisava de ajuda, precisava fazer exames, e eu não tive isso naquela época...”.

Essas situações acabam expondo o usuário a situações de constrangimento frente a outras pessoas, passível de sofrer atos de recriminação e de violências. O que acontece muitas vezes quando o usuário é chamado para a consulta pelo nome de registro civil, e não pelo nome com o qual se identifica, é de ele “não fazer questão de ouvir” e/ou “fazer de conta que essa outra pessoa não existe”, indo posteriormente embora para casa sem o atendimento em saúde que necessitava⁶.

Considerando o contexto discriminatório existente nos atendimentos em saúde, a população LGBT apresenta resistência na procura dos serviços de saúde²⁶. Nas entrevistas pode-se perceber que a questão do desrespeito ao nome social é algo que desmotiva o acesso, pois ainda na porta de entrada já possuem seus direitos violados. Wesley refere que evitava consultar nos serviços de saúde quando não havia realizado a retificação do nome: *“quando eu não tinha meu documento retificado, era terrível. Eu evitava, preferia morrer em casa do que procurar um médico, procurar um serviço de saúde, seja público ou privado.”.*

A negação do nome social e a sua deslegitimação nos documentos e atendimentos em saúde, situações recorrentes na fala dos participantes, podem ser vistas como uma forma de violação e contradiz o que é estabelecido pelo Ministério da Saúde²⁷. O que se percebe no fazer diário é a desconsideração desses documentos em boa parte dos processos institucionais em saúde, o que pode levar a implicações problemáticas em relação à identidade social que travestis e transexuais estabelecem para si²⁵, além de implicações de saúde, pois o atendimento desrespeitoso afasta o usuário do atendimento. Por outro lado, o respeito ao nome social e o

uso adequado dos pronomes é visto como algo que favorece a relação de empatia e fortalece a criação de vínculo entre usuário-equipe⁶.

Ao utilizar o nome com o qual o sujeito não se identifica, as estruturas institucionais-estatais promovem a abjeção das pessoas trans, explicitando violações de direitos e discriminação, mostrando a face cissexista e transfóbica do setor de saúde²³. O Estado, materializado na prática de trabalhadores/as de saúde, ao não reconhecer tais identidades, acaba por deslegitimar a existência desses sujeitos, colocando em questão a validade daquela vida²³. No caso dos homens trans, o desrespeito ao nome social atua como um mecanismo de apagamento desses sujeitos e do local que estão ocupando, a categoria de homem.

A falta de qualificação e o preconceito dos/as profissionais da rede de atenção em saúde em relação aos sujeitos trans

“Tem algumas coisas que fizeram pra melhorar, mas muita coisa fica no papel e não passa pra prática” (Vitor)

O atendimento em saúde pública é organizado através de uma rede de serviços que buscam prestar atendimento a toda população. Na qualificação profissional, algumas propostas foram elaboradas em contraposição ao modelo biomédico e hospitalocêntrico. Entretanto, Merhy aponta que muito do que é observado ainda hoje nos discursos e nas práticas profissionais é um modo de operar o trabalho em saúde e de organizar a assistência pautada em atos prescritivos e na produção de procedimentos, em detrimento de uma clínica como exercício ampliado de diferentes profissionais em relação entre si e com os/as usuários/as²⁸.

Quando se refere à população trans, um dos aspectos das representações que os/as profissionais de saúde têm se aproxima do entendimento de que existem diferenças que definem dois sexos, e o não cumprimento das expectativas que cada um deles carrega, provoca conflito e confusão²⁹. Essa inflexibilização de conceitos reforça a atuação profissional ligada a modelos biológicos e a estereótipos ligados a determinados grupos populacionais.

Percebe-se o desconhecimento sobre o tema ainda no espaço de ensino. Os cursos de nível superior, na área da saúde especificamente,

não preparam seus discentes para o atendimento às diversidades sexuais e de gênero. É preciso que a formação desses/as profissionais seja reestruturada, não mais somente técnica, mas “atravessada pela compreensão do social e considere, por exemplo, que nem toda mulher tem uma vagina, assim como nem todo homem tem um pênis”³⁰. Wesley problematiza o despreparo em saúde nos atendimentos: *“os profissionais não sabem como atender, muitos deles querem aprender, querem saber atender, não querem violentar, às vezes eles violentam sem o intuito de serem violentos, serem preconceituosos, mas é que não tem informação, não têm conhecimento.”*

Lidar com a diversidade de forma depreciativa e desinteressada dentro do campo da saúde repercute na qualidade de vida, na autoestima e viola os direitos e liberdade das pessoas trans⁶. Esse despreparo profissional faz com que os homens trans passem por situações constrangedoras durante o atendimento, como a necessidade da constante (re)afirmação enquanto homens, explicações sobre hormonização, procedimentos cirúrgicos e questões específicas de suas saúdes. Wesley descreve que esse quadro poderia ser diferente caso o/a profissional de saúde possuísse um conhecimento mais amplo sobre as experiências trans: *“eu tenho que explicar (...) que eu tomo hormônios, que eu não tenho determinadas cirurgias no meu corpo, que eu passo por tais e tais questões na minha vivência. É uma exposição muito grande que faz com que eu evite, muitas vezes, um acesso ao médico”*.

Soma-se ao desconhecimento das realidades trans, estereótipos e preconceitos morais inseridos na sociedade que perpassam o atendimento em saúde. Em um estudo²⁹ que teve como objetivo identificar as representações sociais de profissionais de saúde em relação à transexualidade evidenciou-se que esses/as profissionais não evidenciaram o preconceito como algo existente no espaço e nas relações dos serviços, ou seja, “não é percebido como próprio, mas há um deslocamento do preconceito como algo que faz parte da realidade do ‘outro’, da sociedade”. Essas questões contribuem para que alguns usuários não acessem os serviços de saúde com medo de terem de enfrentar barreiras de discriminação, conforme vemos na fala de Caio: *“pra eu acessar o SUS eu teria que ir ao posto de saúde próximo a minha casa e explicar que eu*

sou homem trans, aí teria toda aquela coisa as pessoas às vezes não sabem como tratar, como que faz pra falar com a pessoa sabe, pode errar o gênero e coisas do tipo”.

Quando o usuário deseja ser encaminhado para o atendimento em nível hospitalar, para acessar a hormonoterapia e as cirurgias, existem limitantes no processo de encaminhamento da atenção básica para o serviço especializado. Essa dificuldade evidencia um sistema de atenção à saúde fragmentado, não existindo uma comunicação adequada entre a atenção primária e os demais níveis de atenção⁶. Para as pessoas trans esta questão fica mais acentuada, pois um encaminhamento errôneo ou incompleto acarreta em um maior tempo de espera para os procedimentos.

As dificuldades de acesso aos serviços e procedimentos especializados no SUS

“Tu vai ter que pagar uma fortuna pra tu te sentir bem com o teu corpo” (Nicolas)

O sentimento de pertencimento ao corpo desejado e o reconhecimento social como homens são construídos muitas vezes, pelos homens trans, por meio de adequações corporais. Apesar de nem todas as pessoas trans desejarem realizar intervenções, aqueles/as que desejam tem esse direito garantido pelo SUS desde 2013, através da ampliação da Portaria do Processo Transexualizador³¹. Sua ampliação promove o acesso à hormonoterapia, aos procedimentos cirúrgicos e ao acompanhamento profissional por equipe multiprofissional. O acesso a esses procedimentos, no entanto, fica condicionado ao diagnóstico de transtorno de *“incongruência de gênero”*, de acordo com a CID11. Essa necessidade de diagnóstico é uma das pautas do movimento social trans e travesti: a *despatologização das identidades trans*.

Durante as entrevistas, o acesso aos serviços e procedimentos específicos de hormonização e cirurgias de adequação de gênero foram citadas como principais demandas, enquanto o alto tempo de espera e a sua burocratização destacados como as principais barreiras no acesso à saúde. Wesley relata que o tópico mais discutido entre os membros do grupo de homens trans do qual participa tem relação com estas questões: *“Boa*

parte das demandas dos homens trans é o acesso ao hormônio e a cirurgia, que está muito solto”.

Para aqueles que desejam a hormonização, o uso da testosterona é uma das ações de maior investimento, pois ao se alterar os caracteres sexuais secundários irá se produzir “uma maior adequação do corpo ao gênero desejado, mesmo antes das cirurgias”¹⁶. Já a demora em adquirir esses caracteres influencia na percepção de identidade e autoestima, bem como limita a execução de atividades diárias, como por exemplo, o uso de banheiros públicos. Ao não serem lidos socialmente como homens estão mais propensos a vivenciar situações de violências. O medo de sofrer alguma violência foi citado como o momento em que os participantes se sentem mais vulneráveis. Wesley consolida em sua fala a relação da hormonização com a vulnerabilidade frente situações transfóbicas: *“quando tu está tomando hormônio, vai mudando teu corpo (...) tua aparência, e consegue ficar mais relaxado consigo mesmo e na rua, porque tu é percebido como homem e as pessoas não vão te violentar como antes”.*

O longo tempo de espera pela hormonização na rede pública acaba sendo visto como uma violência para estas pessoas, pois implica em não ter controle e autonomia sobre seu corpo e ver como este vai se transformando naquilo que não se deseja⁶. As barreiras no acesso e a necessidade de um diagnóstico acabam muitas vezes influenciando na automedicação, fazendo desta a única possibilidade para atingirem o corpo desejado.

Alguns participantes mencionaram o uso da testosterona sem acompanhamento, evidenciada na fala de Caio: *“A necessidade muitas vezes de acompanhamento psicológico ou de um diagnóstico de transtorno mental influencia na decisão destes sujeitos iniciarem a hormonização sozinhos”.* No entanto, mesmo com o acompanhamento e a prescrição, os homens trans encontram outra barreira no SUS: a indisponibilidade da testosterona na Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME). A falta de regulamentação e a ausência do cuidado com a prescrição, no uso e o acompanhamento da testosterona, se dão especificamente em relação à transexualidade masculina²³, evidenciando novamente a invisibilidade desses sujeitos nas políticas e documentos de saúde.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, a mastectomia (retirada das mamas) e a histerectomia (retirada do útero e dos ovários) são as mais demandadas pelos homens trans. Retirar os *“intrusos”* (termo utilizado pelos homens trans para se referir aos seios), também representa uma maior liberdade de viver e ser socialmente reconhecido como sujeito do gênero no qual se identificam¹³. Isso é vivido por Luís, que relata que com a mastectomia teria uma melhor qualidade de vida: *“aparece demais os intrusos e isso me incomoda muito (...). Então eu acho que se eu estivesse tomando hormônio, talvez diminuísse um pouco. Porque é o que dizem, que diminui mais”.*

Quanto ao atendimento por profissionais especializados/as, o acesso à/ao endocrinologista qualificado/a foi destacado como principal demanda em saúde pelos participantes da pesquisa. No entanto, quando chegam a esses profissionais, dentro dos serviços especializados, existe o desconhecimento sobre questões específicas da saúde trans. A falta de estudos com destaque às demandas dos homens trans pode corroborar para esse cenário. Além disso, a necessidade de um diagnóstico geralmente pauta as práticas profissionais em categorias fixas de o que é ser homem e do que é ser mulher³². Por um lado, percebe-se a ausência de protocolos com informações específicas sobre a saúde dos homens trans, por outro, uma prática centrada no modelo biomédico, que não prioriza a singularidade dos indivíduos e dos processos.

Para um atendimento rápido e condizente com suas necessidades, os entrevistados acabam muitas vezes recorrendo aos serviços privados. No entanto, a percepção sobre os serviços públicos e privados é semelhante, predominando o despreparo profissional e a falta de conhecimento específico sobre a população trans como algo negativo de ambos os serviços. Algumas vantagens no atendimento particular são a facilidade de acesso, a possibilidade de escolha do/a profissional e a não obrigatoriedade de um laudo diagnóstico de transtorno mental para o acesso aos procedimentos hormonais e cirúrgicos.

O que os homens trans buscam nos hospitais habilitados para a realização do processo transexualizador pelo SUS é o reconhecimento de seu pertencimento à humanidade, é o reconhecimento social de sua condição humana,

pois a humanidade acaba sendo inteligível a partir de gêneros e normas de gêneros³³. Por outro lado, o que acabam encontrando muitas vezes é a patologização da sua existência, a necessidade de um diagnóstico como condicionante para o acesso aos procedimentos hormonoterápicos e cirúrgicos, reafirmando o modelo normalizador em saúde.

CONCLUSÃO

Conhecer a realidade dos homens trans quando buscam o atendimento em saúde se faz necessário para repensar as práticas em saúde que são ofertadas. No entanto, com esse trabalho não se pretende reduzir a transexualidade a uma categoria universal, “essencializadora” ou objetificar os participantes. Pretende-se evidenciar determinadas vivências e experiências semelhantes, buscando uma melhor escuta e reflexões que possam modificar o atendimento em saúde para essa população, de forma que se torne mais acolhedor, humanizado e leve em consideração as suas especificidades.

O uso do nome social destacou-se como pouco utilizado e/ou respeitado pelos/as profissionais nos atendimentos, gerando situações de constrangimento para os homens trans. A falta de espaços de discussão pautando a transexualidade, nos cursos de graduação e na atuação cotidiana, somado a pouca literatura sobre as especificidades em saúde, corroboram para profissionais despreparados/as e serviços que não acolhem as demandas específicas desse grupo. Além disso, o preconceito moral ou visões estereotipadas no atendimento afastam os participantes dos atendimentos. Para um acolhimento satisfatório é necessário “a reformulação das práticas de saúde e dos processos de trabalho”³⁴, constituídos historicamente em modelos hegemônicos. Quando acessam os hospitais especializados, o atendimento humanizado e acolhedor são excluídos e há uma generalização dos usuários nos atendimentos.

Para continuidade de discussão sobre essas temáticas, sugere-se que outras pesquisas que abarquem todo o território brasileiro sejam realizadas, a fim de corroborar com este estudo e dar a visibilidade necessária ao tema. Como restrição, destaca-se a vinculação de alguns participantes com o movimento social, visto que a divulgação da

pesquisa ocorreu com o contato da pesquisadora com integrantes de um grupo de movimento social de homens trans. Assim, pode-se pensar que por estarem inseridos no movimento social já possuam uma visão mais crítica sobre a temática.

Conclui-se que mesmo que respaldados por marcos/documentos regulatórios, algumas práticas em saúde fogem a promoção dos direitos em saúde dos homens trans. Para que haja mudanças nos modelos de serviços, é necessário que estas ocorram no encontro entre trabalhador/a-usuário/a, no uso de “tecnologias leves”, ou seja, no acolhimento, no vínculo e na autonomização de usuários/as³⁴. Devem-se pensar estratégias para promover a saúde desses homens direcionados aos contextos da família, educação, trabalho, comunidade e que constituam espaços de bem-estar. Em nível de gestão, por meio da transversalização das políticas públicas, de modo que o recorte de gênero não seja o único marcador, mas que se incluam estratégias em saúde relacionadas a outras políticas como a da população negra, da criança, do adolescente, do idoso, entre outras.

Por último, para reverter essa situação é necessário uma transformação social, cultural, política e econômica da sociedade, de modo que se reconheça e legitime as especificidades e necessidades das políticas públicas para a população LGBT⁶, buscando a promoção da equidade em saúde. O questionamento dos papéis e estereótipos de gêneros construídos e repetidos diariamente possibilita o rompimento de pressupostos que fortalecem as iniquidades em saúde e as violações de direitos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. DF.
2. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
3. Costa EA. Vigilância Sanitária: contribuições para o debate no processo de elaboração da

- Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde. In: Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, 127-156.
4. Almeida Filho ND. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
 5. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2009, 117-130.
 6. Rodriguez AMM. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014 [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
 7. Moraes CG, Camargo ES, Nardi HC. Formação em gênero e diversidade sexual: conceitos, princípios e práticas. In: Nardi HE, Machado PS, Silveira RS, organizadores. Diversidade sexual e relações de gênero nas Políticas Públicas: o que a laicidade tem a ver com isso? Porto Alegre: Deriva/Abraço; 2015, 145-165.
 8. Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. 2007. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf
 9. Nogueira C. “Ter” ou “fazer” o gênero: o dilema das opções epistemológicas em Psicologia Social. In: Guareschi N, organizadora. Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2008, 220-253.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 12. Freire EC, Araujo FCA, Souza ÂC, Marques D. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. Saúde Debate 2013; 37(98):477-484.
 13. Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. Cien Saude Colet 2012; 17(10): 2655-2664.
 14. Ávila S. Transmasculinidades: a emergência de novas identidades políticas e sociais. Rio de Janeiro: Multifoco; 2014.
 15. Souza ER, Prado MAM, Machado PS. Transexualidades e saúde no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans. Minas Gerais (BH): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2015. Relatório técnico nº 32/2012. Patrocinado por MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA.
 16. Lima F, Cruz KT. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. Sex, salud soc (Rio J). 2016; 23:162-186.
 17. Almeida G. ‘Homens Trans’: novos matizes na aquarela das masculinidades? Estudos Feministas 2012; 20(2):513-523.
 18. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde Debate 2013; 96(37):139-147.
 19. Thiry-Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa. Af-Revista PMKT 2009; 3(2):20-27.
 20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3(2):77-101.
 21. Brasil. Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União 2009; 14 ago.
 22. Brasil. Nota Técnica nº 18 de 10 de setembro de 2014. Orienta gestores e operadores do sistema responsável pelo cadastramento de usuários do SUS a como proceder no preenchimento dos campos nome civil, nome social e sexo. Diário Oficial da União 2009; 24 set.
 23. Guaranha C. O desafio da equidade e da integralidade: travestilidades e transexualidades no Sistema Único de Saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
 24. Rocha KB, Barbosa LHR, Barboza CZ, Calvetti PÜ, Carvalho FT, Cerqueira-Santos E, Hermel JS, da Silva Moura A. La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgêneros. Forum Qual Soc

Res 2009; 10(2).

25. Silva BB, Cerqueira-Santos E. Apoio e suporte social na identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. *Rev SPAGESP* 2014; 15(2):27-44.
26. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate* 2013; 37(98):516-524.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
28. Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis (Rio J)*. 2013; 23(1): 73-92.
29. Batista dos Santos A, Eri Shimizu H, Merchán-Hamann E. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4545-4554.
30. Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
31. Brasil. Portaria nº 2.803 de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 19 nov.
32. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sex, salud soc (Rio J)*. 2014; 17:66-97.
33. Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
34. Masson N, Falcão A, Velo MMAC, Pereira AC. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. *Ver, Bras, Pesq. Saúde* 2015; 17(2):103-110.