



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM - PPGENF

AIARLEN SANTOS MENESES

**SABERES E PRÁTICAS DOS HOMENS TRANSEXUAIS SOBRE
MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS IST/HIV**

Rio de Janeiro

2021

AIARLEN SANTOS MENESES

**SABERES E PRÁTICAS DOS HOMENS TRANSEXUAIS SOBRE
MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS IST/HIV**

Dissertação apresentado à banca examinadora ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Regina Santos Ribeiro

Rio de Janeiro

2021

Catalogação informatizada pelo(a) autor(a)

M541 MENESES, AIARLEN DOS
SABERES E PRÁTICAS DOS HOMENS TRANSEXUAIS SOBRE
SOBRE MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS IST/HIV / AIARLEN
DOS MENESES. -- Rio de Janeiro, 2021.
82f

Orientadora: CLAUDIA REGINA SANTOS RIBEIRO .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2021.

1. Homem Transexual. 2. Infecção Sexualmente
Transmissível/ HIV. 3. Masculinidade e Saúde. 4.
Métodos de Prevenção. 5. Cuidados de enfermagem na
saúde Trans. I. , CLAUDIA REGINA SANTOS RIBEIRO,
orient. II. Título.

AIARLEN SANTOS MENESES

**SABERES E PRÁTICAS DOS HOMENS TRANSEXUAIS SOBRE
MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS IST/HIV**

Dissertação apresentado à banca examinadora ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Orientadora: Cláudia Regina Ribeiro

BANCA EXAMINADORA:



Presidente: Prof^a Dr^a Cláudia Regina Santos Ribeiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

1^aExaminadora: Prof^a Dr^a Luciane Marques de Araújo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

2^a Examinadora: Prof^a Dr^a Vanessa Corrêa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Suplente: Prof^a Dr^a Janaína Pinto Janini
Universidade Estácio de Sá

Suplente: Prof^a Dr^a Andressa Nuciaroni
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

RIO DE JANEIRO 2021

Dedico este trabalho à Edneide Meneses (mainha) e Adailson Meneses (painho) pelo amor incondicional, aos meus irmãos, Alessandra, Júnior e Alex, eu os amo! Amigos irmãos que a vida apresentou e aos meus sobrinhos filhos!

Dedico especialmente, às monas, às minas e os manos, que morrem todos os dias vítimas de Transfobia!

“Tudo é considerado impossível, até acontecer.”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Como diz Belchior na música *Sujeito de Sorte*: *Presentemente eu posso me considero um sujeito de sorte, porque apesar de muito moço, me sinto são e salvo e forte. E tenho comigo pensado Deus é brasileiro e anda do meu lado. E assim já não posso sofrer no ano passado. Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro. Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro. Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro. Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro [...]*.

Desde quando nasci tenho sido um sujeito de sorte! Segundo as estatísticas, como NEGRO, era para eu estar morto, ou sem completar o Ensino Médio, sem adentrar as portas de uma universidade... Não era nem para eu saber que existia mestrado, doutorado. Mas aqui estou eu, burlando o “Cistema”, quebrando muros, me escondendo para a bala perdida não me encontrar, enfrentando os dominadores para não me deixar aprisionar.

O negro, nordestino, cristão, veio lá do interior da Bahia com o coração cheio de sonhos e muita ânsia de se apropriar do espaço que foi nos tirado (digo, pela supremacia branca), pensando que na Universidade (período do mestrado) seria um ambiente de aceitação, respeito e humanização. Logo esqueci que esse ambiente nunca foi feito para o negro, ele foi feito para os brancos, à pequena massa dominante. Pude ouvir várias mensagens estimulantes (me perdoe pela ironia), *sua pesquisa é muito grande para sua mente que é pequena*, havia ainda os estímulos direcionados à minha parceira de pesquisa: *você entrou por cotas...* Mas não sabiam eles que nada disso nos pararia. Ops! Quase me esqueci: COTA não é ESMOLA!

Mas em meio às guerras sociais, raciais e científicas, me deparei com colegas que levarei para a vida. Obrigado pela leveza durante o processo de pesquisa. Não poderia deixar de citar os meus amigos que estiveram sempre comigo, me encorajando, me apoiando e, muitas vezes, me levando no colo. Dentre estes, meu agradecimento especial à minha parceira de pesquisa, que chegou de mansinho, no sapatinho (como diz o saudoso Rogerinho). Fabiana Albino, sempre um apoiando o outro.

Minha eterna gratidão à população de transexuais, sobretudo aos homens trans, de quem esta pesquisa me aproximou, me fez conhecer as dores, lutas e conquistas, e que passarei a defender, por entender que, além de ser uma causa de todos, precisa de visibilidade e respeito. E este se conquista, sobretudo pelo conhecimento da causa, pela educação, que

precisa ser inclusiva, pela adoção de uma legislação e de políticas públicas e ações governamentais que, de fato, contemplem a todas as pessoas, indiscriminadamente.

Grato a Deus, pela sua infinita e majestosa bondade, por até aqui ter ajudado a trilhar meus caminhos.

Gratidão eterna aos meus provedores de amor, afeto e cuidado, aqueles a quem a sociedade denomina de genitores, e que aqui eu denomino altar particular – Mainha e Painho – obrigado por tanto! Aos parceiros anjos, que o universo personificou como humanos e me agraciou como irmãos... Amo vocês!

Não irei parar, porque a vida é feita de movimento...

RESUMO

Objeto: Os saberes e práticas dos homens transexuais sobre as medidas de prevenção das IST/HIV. **Objetivos:** Conhecer os Saberes e Práticas dos homens Transexual referente às prevenções de IST/HIV e Identificar as medidas de prevenção das IST/HIV na população de Homens Transexuais. **Metodologia:** O presente estudo é descritivo com abordagem qualitativa, tendo como participantes 20 homens transexuais, na faixa etária entre 18 a 41 anos. O cenário da pesquisa foi o ambulatório de saúde trans João W. Nery/Niterói-RJ. Para a produção dos dados, foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturado produzido por seis pesquisadores que abordavam a mesma temática e observação participante. Para a análise dos dados lançamos mão da análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram da pesquisa vinte homens transexuais. A análise fez emergir uma categoria e uma subcategoria: Saberes dos homenes transexuais sobre IST/HIV, como subcategoria Práticas sexuais de cuidados à saúde para prevenção das IST/HIV. A falta de conhecimento pertinente às formas de contágio de uma IST/HIV ficou evidenciado nas falas dos participantes; todos relataram que se preocupam em contrair uma IST/HIV, no entanto relatam que o estado não pensa em métodos de barreiras contra IST/HIV para homens que possuem vulva, realizam testes rápidos periodicamente, conversam com seus (uas) parceiros (as) sobre prevenção de IST. No que tange sobre conhecimento sobre PrEp, muitos não conheciam esse método de profilaxia, os poucos que conheciam relataram dificuldade à adesão devido o sistema não integrar o homem transexual. **Considerações Finais:** Percebem-se as grandes dificuldades enfrentadas pelos homens transexuais para acessar a saúde, e quando estes pensam que conseguem ultrapassar as barreiras, se deparam com um sistema de saúde que não os integram por não pertencerem ao grupo dos cisgêneros. Este trabalho convida, pois, a uma reflexão crítica do tratamento destinado aos transexuais na sociedade, notadamente nos ambientes de saúde, vez que este lugar de maior vulnerabilidade do ser humano deveria também ser o de maior acolhida.

Palavras-chave: Transexualidade. Homem Trans. Práticas Sexuais. IST/HIV. Medidas de prevenção.

ABSTRACT

Object: The knowledge and practices of transgender men on STI/HIV prevention measures. **Objectives:** Know the knowledge and practices of transgender men and identify how to prevent STI / HIV. **Methodology:** This study is descriptive with a qualitative approach, having 20 transsexual men as participants, aged between 18 and 41 years. The research setting was the João W. Nery trans health clinic / Niterói-RJ. For the production of data, a semi-structured interview script produced by six researchers who addressed the same theme and participant observation were used. For data analysis, we use content analysis. **Results:** Twenty transsexual men participated in the research. An analysis revealed two categories: Knowledge of transgender men about STI/HIV and Sexual practices and health care for STI/HIV prevention. The lack of knowledge relevant to the forms of contagion of an STI / HIV was evidenced in the speeches of the participants; all reported that they are concerned about contracting a STI / HIV, however they report that the state does not think of methods of barriers against STI / HIV for men who have a vulva, perform rapid tests periodically, talk to their partners about prevention of STIs. Regarding knowledge about PrEp, many did not know about this method of prophylaxis, the few who knew about it reported difficulty in adherence because the system does not integrate the transsexual man. **Final Considerations:** The great difficulties faced by transsexual men to access health are perceived, and when they think that they will overcome the barriers, they face a health system that does not integrate them because they do not belong to the cisgender group. This work invites, therefore, a critical reflection on the treatment aimed at transsexuals in society, especially in health environments, since this place of greater vulnerability for human beings should also be the greatest welcome.

Keywords: Transsexuality. Trans Man. Sexual Practices. STI / HIV. Prevention measures.

LISTRA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| I Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação da PrEp..... | 35 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUS- Sistema Único de Saúde

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS- Deficiência do Sistema Imunológico

OMS- Organização Mundial de Saúde

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CID- Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde

CFP- Conselho Federal de Psicologia

CFM- Conselho Federal de Medicina

LGBTI- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexos.

PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

HPV- Papilomavírus Humano

HAV- Vírus da Hepatite A

HBV- Vírus da Hepatite B

PrEp- Profilaxia Pré- Exposição

PEP- Profilaxia Pós-Exposição

ARV- Antiretroviral

HSH- Homens que fazem sexo com Homens

TDF-Tenofovir, Disoproscil Fumarato

FTE- Entricitaina

DIAHV- Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais

UNAIDS- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

WPATH- Associação Mundial do Profissional para a Saúde Transgênero

DESUM- Departamento de Supervisão Técnica e Metodológica

GDN- Grupo Diversidade de Niterói

CNS- Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | REFERENCIAL TEMÁTICO- CONCEITUAL | 15 |
| 2.1 | Da patologização da identidade de gênero | 16 |
| 2.2 | Da Transexualidade | 19 |
| 2.3 | Da patologização da transexualidade | 20 |
| 2.4 | Transexualidade e saúde | 22 |
| 2.5 | Da hormonização e da cirurgia de redesignação | 25 |
| 3 | HOMENS TRANS: Saberes e Práticas sobre Prevenção de IST/HIV e acesso à saúde | 27 |
| 3.1 | Masculinidades e saúde | 28 |
| 3.2 | Saúde sexual, prevenção e cuidados | 30 |
| 3.3 | Cuidados da enfermagem na saúde sexual dos homens trans | 37 |
| 4 | ASPECTOS METODOLÓGICOS | 39 |
| 5 | RESULTADOS | 43 |
| 5.1 | Caracterização | 43 |
| 6 | DISCUSSÃO | 44 |
| 6.1 | Os saberes dos homens transexuais sobre IST/HIV e sobre as medidas de prevenção | 44 |
| 6.2 | As práticas sexuais e de cuidado à saúde para prevenção das IST/HIV | 49 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| | REFERÊNCIAS | 55 |
| | APÊNDICES | |
| | ANEXOS | |

1 INTRODUÇÃO

Observa-se que as normas sexuais e do gênero acirram os preconceitos e favorecem a marginalização dos grupos invisibilizados. Se esta costuma ser a realidade experimentada pelos homossexuais, homens e mulheres cis, quando se trata de pessoas transexuais, o rol de desrespeitos, inclusive aos direitos civis, tende a se ampliar consideravelmente, restando comprometidos alguns essenciais, a exemplo da liberdade de expressão, educação e saúde, dentre outros direitos humanos fundamentais.

O reconhecimento legal à população transexual no Brasil ainda é escasso e reflete a pouca visibilidade deste grupo na sociedade. Entre os mais recentes e relevantes direitos conquistados pelos transexuais está o decreto que garante a travestis e transexuais o direito ao uso do nome com o qual se identificam nas repartições públicas que acessem. Desse modo, há a possibilidade da pessoa transexual ou travesti solicitar, quando queira, que se inclua seu nome social em documentos oficiais e nos registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (BRASIL, 2016).

Diante disso, o interesse do pesquisador pela população transexual surgiu durante a seleção para o programa de mestrado, com a sugestão da orientadora para este tema de pesquisa. A partir daí, vieram às muitas leituras sobre o tema Transexualidade, a inserção no Ambulatório João W. Nery, as histórias compartilhadas, amizades criadas e a conscientização da vulnerabilidade e urgência desses indivíduos.

A divisão estrutural do trabalho se fez em três capítulos. No primeiro, explora-se a diversidade do gênero e os significados do termo às nuances socioculturais que o compõem.

No segundo, sem a pretensão de exaurir o tema, aborda-se o *fenômeno transexual*, delineando-se a história da sexualidade a fim de melhor explicar a transexualidade, afunilada nesta seção à área da saúde.

O terceiro capítulo versa sobre a transmasculinidade e as relações dos homens trans com a saúde, suas práticas e saberes, bem como as políticas de saúde pública direcionadas ao atendimento dessa população.

Destaque-se, dessa forma, que a importância da pesquisa se desdobra em três dimensões, quais sejam: acadêmica, nota-se que existem poucos estudos sobre a população de homens transexuais e discute-se pouco ou nada nos cursos de saúde sobre a população, social, o Brasil é o país que mais mata transexuais no mundo, segundo estudos da ANTRA 2020 quando lança o dossiê de mortes de transexuais e travestis no Brasil e profissional, nos componentes curriculares das faculdades de saúde não contempla a população transexual, com isso, as faculdades formam profissionais que pouco ouvi falar sobre a transexualidade ou nada se sabem, abordaremos logo a baixo todas essas temáticas. No que tange à contribuição para o conhecimento nas ciências da saúde, todo estudo que se proponha a discutir as práticas e os acessos da população transexual, sobretudo de homens transexuais, à saúde é pertinente, uma vez que nos cursos de graduação de Enfermagem pouco ou nada se aprende sobre o atendimento direcionado a esses indivíduos, que muito depende do saber médico-científico e do SUS. Para tanto, esta pesquisa tem por objetivos:

- 1) Conhecer os saberes e práticas dos homens Transexuais referente às prevenções de IST/HIV;
- 2) Identificar as medidas de prevenção das IST/HIV na população de Homens Transexuais.

Para dar base à discussão da temática práticas sexuais e prevenção as ISTs/HIV com a população de homens transexuais, pesquisas bibliográficas foram realizadas no período de Julho de 2019 Setembro de 2019, utilizando como fontes de base de dados, Scielo, Lilacs e BVS, foram utilizados descritores associados ao operador Booleano AND, a fim de realizar uma filtragem dos artigos e os seguintes descritores: “Saúde Sexual AND Homem Transexual”; “Transexualidade AND Saúde”; “Prevenção Sexual AND Transexualidade”; “Práticas Sexuais AND Homem Transexual”; “IST AND Homem Transexual”. As buscas resultaram em 135 artigos, a seleção foi realizada através dos critérios de exclusão, sendo excluídos artigos disponíveis gratuitamente, os que não disponibilizavam o formato na íntegra. Após leitura dos resumos, foram selecionados 10 artigos.

| BASE DE DADOS | ANO | AUTOR (es) | TÍTULO |
|----------------------|------------|-------------------|--|
| Scielo | 2009 | ALMEIDA, G. S | Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto-definem como lésbicas |

| | | | |
|--------|------|---|--|
| Scielo | 2018 | ALMEIDA, Julia Sousa Martins de. COSTA, Cristiane Maria Amorim. FERREIRA, Gabriela Dandara Fernandes. MARTINS, Elizabeth Rose Costa. MORAES, Paula Costa de. SPINDOLA, Thelma. | Cuidar de pessoas transexuais na ótica dos residentes de enfermagem |
| Scielo | 2017 | AMARAL, Daniela Murta. | A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde |
| BVS | 2009 | ARÁN, Márcia. MURTA, Daniela. | Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. |
| BVS | 2017 | CAMPANA, Maximiliano. MISKOLCI, Richard. | “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. |
| Scielo | 2021 | DAL SANTO, A., & ZAMBENEDETTI, G. | Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão bibliográfica |
| BVS | 2017 | CECILIO, Oliveira de CarlosLuiz. | As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção |
| Scielo | 2020 | FIGUEIREDO, WSs. | Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero |
| Scielo | 2018 | GOMES, R., MURTA, D.; FACCHINI, R.; MENEGHEL, S. N. | . Gênero, Direitos Sexuais e suas Implicações na Saúde. |
| BVS | 2019 | LIONÇO, T | Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. |

De todos os artigos encontrados, nenhum falava especificadamente da população de homens transexuais, em alguns artigos que discutiam sobre a transexualidade, trazia em evidência a mulher transexual e a travesti. O resultado denuncia a escassez de publicações referente à população de homens transexuais, o quanto são invisibilizados pela sociedade, saúde e ciência. Enquanto enfermeiro quer aqui destacar a necessidade de se estudar e debater sobre a população de homens transexuais, a importância da integralidade citada por Cecilio (2009), onde a integralidade não se realiza nunca em um serviço; integralidade é objetivo de rede.

Nesse sentido, o presente estudo busca promover reflexões sobre esse universo, além de fomentar que novos estudos sejam realizados sob a mesma instância, identificando como os homens transexuais se previnem contra as infecções sexualmente transmissíveis e HIV-Aids, buscando identificar lacunas que tornam essa população tão vulnerável. Desse modo, percebe-se a necessidade de maior exploração científica voltada à prevenção, bem como, traçar contribuições relevantes para gerenciamento de uma assistência mais abrangente.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO- CONCEITUAL

A eclosão dos movimentos feministas na Europa e na América do Norte forjaram o conceito de gênero. Para Joan Scott, o gênero é “uma forma de indicar ‘construções culturais’ – a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres’. A autora completa afirmando tratar-se de “uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres, sendo o gênero “uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1995, p. 75). O gênero, enquanto elemento social é múltiplo e justaposto, refletindo, pois, o pluralismo da própria sociedade que o constrói. Nesse sentido, compreender-se como teórico do gênero é desafiar a biologização determinista, que reduz a identidade do indivíduo ao seu aparelho reprodutor.

Dessarte, a palavra gênero encerraria num único rótulo tudo o que a pessoa é (ou deveria ser): homem ou mulher, heterossexual em todo caso. Conquanto retirar os nomes das coisas não seja uma possibilidade viável à manutenção da linguagem, ressignificá-las parece o caminho. Ensina Berenice Bento (2014, p. 485-486):

“E há então um conjunto de dispositivos linguísticos, médicos, religiosos... que se organiza e se estrutura a partir de uma engrenagem bastante complexa para produzir uma afirmação sobre o ser: “eu sou uma mulher”. Essa afirmação tem uma força impressionante. O que significa alguém afirmar isso? “Eu sou uma mulher” e, portanto, “eu não sou um homem”. Se consideramos que esse sistema de gênero não serve, pois produz exclusão e sofrimento, o que devemos fazer? Nós temos alguma coisa que chamamos de gênero e algo novo só poderá ser produzido a partir desse velho esquema conceitual. (...) As coisas têm nomes, há coisas de meninos e coisas de meninas. Mas se o menino quer brincar com coisas de meninas, qual o problema? Estamos ainda no campo das demarcações. Eu não sei se poderíamos falar em pós-gênero. Talvez fosse melhor falar em um conceito de gênero renovado. Eu proponho a ideia de “libertar o conceito de gênero do biopoder”.

Destaque-se a necessidade de pensar criticamente a afirmação de que o gênero é um rótulo unificador: as categorizações sociais, e, conseqüentemente, as exclusões que delas derivam, não andam sozinhas. É, pois, óbvio, que raça, classe social, grau de instrução,

aparência física, entre outros demarcadores sociais se articulam com o gênero no determinar dos privilégios ou das violências que o sujeito experiêcia.

Ainda com relação ao gênero, Judith Butler (2003) explica que a compreensão da diversidade como parte integrante do sujeito é essencial para que a representatividade não o aprisione à descrição condensada do *ser representado* por determinada categoria. Exponente do movimento feminista, Butler (2010) analisa *que inicialmente, importa distinguir sexo e gênero. Enquanto o primeiro está atrelado a um fator biológico, genotípico e fenotípico, compreendido como predeterminado e imutável, o segundo é culturalmente construído e, como tal, variável.*

Por outro lado, a própria crença de que o sexo é dado ao indivíduo antes que a cultura possa atuar sobre ele sustenta a perpetuação da dualidade homem-mulher como fato indiscutível. Desse modo, quanto mais arraigada está uma verdade absoluta, maior é a dominação exercida pelos detentores do poder sobre a massa, e mais modelável ela se torna.

Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo. O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza, ele também é o meio discursivo/cultural pelo qual a “natureza sexuada” ou “um sexo natural” é produzido e estabelecido como “pré-discursivo”, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra *sobre a qual age* a cultura. [...] Na conjuntura atual já está claro que colocar a dualidade do sexo num domínio pré-discursivo é uma das maneiras pelas quais a estabilidade interna e a estrutura binária do sexo são eficazmente asseguradas. Essa produção do sexo *como* pré-discursivo deve ser compreendida como efeito do aparato de construção cultural que designamos por gênero (BUTLER, 2003, p. 25-26, grifos da autora).

O entranhamento do sexo à natureza e do gênero à cultura, que atuaria sobre essa natureza *anterior* a tudo, serve ao patriarcado porquanto mantém as estruturas de poder em seus *devidos* lugares e sujeita o indivíduo a se encontrar nesses lugares e apenas neles. Deste modo, engrandecem os homens e seus falos provedores, reduzem as mulheres a seus úteros cheios de graça e marginalizam aqueles que não se encaixam em nenhum dos dois grupos socialmente aceitos.

Imposto, portanto, o sexo como a destinação natural que distingue o macho da fêmea, e o gênero como a manifestação sociocultural que amolda o comportamento individual ao sexo biológico, toda variante do binômio cultura-natura (e derivados), encorpa a “categoria diversidade” e enfrenta obstáculos ao próprio estudo enquanto ciência social, como a patologização e os discursos discriminatórios que dela derivam.

2.1 Da patologização da identidade de gênero

O sujeito de gênero é produto de seu meio social, cultural, ambiental e político, e, como tal, manifesta estas influências no modo como se porta se veste, se apresenta para ser visto e interpretado pelo outro. A essa exteriorização do *eu* dá-se o nome de *expressão de gênero* (BEZERRA; QUEIROZ; SILVA, 2015). Essa expressão pode ou não traçar correspondência com a identificação pessoal do indivíduo com uma determinada categoria de gênero. A *identidade de gênero* é, pois, o retrato da íntima identificação da pessoa com uma variante sexual, é o reconhecer-se como sujeito de um gênero, que pode ou não se harmonizar com o seu sexo biológico (ARÁN; MURTA, 2009).

A esse respeito, Judith Butler, no livro “El género em disputa: El feminismo y la subversión de la identidad” (2007), lecionou:

La noción de que puede haber una «verdad» del sexo, como la denomina irónicamente Foucault, se crea justamente a través de las prácticas reguladoras que producen identidades coherentes a través de la matriz de reglas coherentes de género. La heterosexualización del deseo exige e instaura la producción de oposiciones discretas y asimétricas entre «femenino» y «masculino», entendidos estos conceptos como atributos que designan «hombre» y «mujer». La matriz cultural –mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género– exige que algunos tipos de «identidades» no puedan «existir»: aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y o trasen las que las prácticas del deseo no son «consecuencia» ni del sexo ni del género (BUTLER, 2007. P. 37).

Diante disso, a autora ensina que tanto a conformidade, quanto a não conformidade do gênero ao sexo, do sexo ao gênero, do sexo biológico e do gênero às práticas de prevenções sexuais e todas as outras combinações possíveis, são, em maior ou menor medida, reducionistas. Se o portador de genitália masculina carrega identificação com o próprio corpo, vinculado está ao estereótipo social do *homem*, devendo expressar-se como o padrão macho dispõe; o equivalente (pior) acontece com a *mulher*, a quem cumpre ser feminina (mas não feminista!); os sujeitos não-binários e/ou não heterossexuais, por sua vez, são reduzidos a “meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente por não se conformarem às normas da inteligibilidade cultural” (BUTLER, 2003, p. 39).

Conquanto a transexualidade seja uma questão de gênero, e uma vez que este já foi detalhado no capítulo anterior, para melhor compreensão do tema deste trabalho, entende-se que importa traçar um esboço da sexualidade, contemplando sucintamente seu

desenvolvimento histórico, de modo a analisar a construção sociocultural dos padrões comportamentais que hoje determinam o lugar da pessoa transexual na sociedade.

Nesse contexto, na década de 1960, o termo gênero foi introduzido na área da saúde por Robert Stoller. Em 1964, o psiquiatra estadunidense apresentou o termo *identidade de gênero* para se referir ao sentimento de pertencimento a um determinado sexo (GOMES et al, 2018). Dessa maneira, a migração do gênero, de categoria cultural para categoria médica, atocaiá pacientes e familiares, que, presos na obrigação de ser ou fazer ser *homem masculino* ou *mulher feminina*, retroalimentam o próprio sistema de dominação que os escraviza, cada um a seu modo. Assim, a possibilidade de *adoecimento* do menino que prefere bonecas a bolas, por exemplo, criou uma geração de crianças *transtornadas* e de pais insatisfeitos e culpados, que buscam na medicina respostas para o *mal* que têm os filhos (BENTO; PELÚCIO, 2012).

Acentua-se, ainda, a imposição dos papéis do homem e da mulher não somente sobre a criança que *deve* performar uma ou outra identidade de gênero, como também sobre os pais, a quem cumpre conduzi-la na construção de personagem/personalidade. Se o menino é dito *afeminado*, a culpa recai sobre a mãe, que, muito zelosa, certamente não o permitiu desenvolver a *masculinidade*, e/ou sobre o pai, que, ausente, não deu o exemplo de virilidade que o filho precisava para crescer *saudável*.

A socióloga paraibana Berenice Bento (2014), expõe sua preocupação com esta busca por causas e tratamentos para os comportamentos infantis considerados irregulares. Segundo a autora, a indicação de transtornos de identidade de gênero ainda na infância ignora as contribuições da psicanálise sobre o desenvolvimento da sexualidade e condena as crianças *adoecidas* ao que ela chama de cristalização problemática da identidade de gênero.

Bento aponta ainda para outros riscos da patologização da identidade de gênero atrelada ao diagnóstico precoce: a emergência dos casos de transexualidade na infância e o aval médico para a hormonização de crianças impúberes ditas transexuais. Não é dizer que a socióloga considera a existência de crianças que não guardam identificação com o próprio sexo biológico um problema, mas que acredita que submetê-las ao uso de drogas somente para que seus corpos correspondam a uma identidade de gênero (ainda em formação), transferindo o poder decisório de como viver a infância e qual corpo viver, apenas reforça a estrutura binária e a “medicalização das identidades” (BENTO, 2014).

Ademais, a validação científica do diagnóstico de transtorno psiquiátrico para o indivíduo que não performa convincentemente o gênero que se convencionou corresponder ao seu sexo biológico, também reduz os que o fazem à heterossexualidade, uma vez que *gênero e*

sexualidade são apresentados como identidades essenciais e uma dimensão identitária só existe quando é referenciada na outra (BENTO, 2014, p. 482). A essa imposição de uma expressão de gênero *padrão heterossexual*, chama-se heteronormatividade.

A perenização das estruturas de poder se vale de ferramentas construtivas e destrutivas. As construtivas, como o fomento às já mencionadas crenças na predeterminação natural do gênero e a atribuição da qualidade de *saber médico* a violações psicológicas medievalescas, estão para a criação social como o cimento está para a construção civil. Os detentores do poder – leia-se todo aquele que se beneficia da manutenção do *status quo* opressor das minorias. Produto desse empobrecimento intelectual, a chamada “ideologia de gênero” é uma teoria conspiratória segundo a qual as esferas progressistas da sociedade objetivam dominar o mundo, no melhor estilo *Pink e Cérebro*, através da imposição de uma liberação sexual, que “logrará desvirtuar o ser humano do cumprimento de seu *destino biológico/moral* que sustenta a família patriarcal”(BENTO, 2014, p. 484).

2.2 Da Transexualidade

A sexualidade humana é assunto permeado de controvérsias e preocupações na vida social, seja pública ou privada. Pode ser entendida como instintiva, essencialista, universal e determinada biologicamente, voltada para a reprodução, natural ou construída social e historicamente. Desse modo, a história contada da *sexualidade*, embora tecida pelo ser humano desde sua origem remota, passou a ser escrita somente a partir do século XIX, quando do surgimento do termo.

Consoante ao entendimento da Organização Mundial de Saúde (2015), a saúde sexual é amplamente entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade. A OMS enfatiza que o direito sexual não engloba apenas aspectos da saúde reprodutiva – como fertilidade, contracepção, aborto, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e mutilação feminina – mas também a possibilidade de ter prazer e segurança nas experiências sexuais, e que sejam estas livres de coerção, discriminação e violência. É dever do Estado proporcionar saúde à população, sem distinção.

Nessa perspectiva, Michel Foucault (1984), afirma que sistemas de regras balizadoras do comportamento humano – inclusive o sexual – sempre existiram, mas aponta a ascensão da Igreja Católica, na Idade Média, como o marco teórico da ressignificação do que se entendia por sexualidade. Nenhum código coercitivo anterior havia logrado tanto êxito no exercício do

poder quanto o medo do inferno, destino dos pecadores. Diante disso, a ampliação do território de influência da religião no ocidente contribuiu sobremaneira para a heteronormatização, que configura como natural ou normal apenas o relacionamento sexual entre homem e mulher, vez que se o ato sexual serve apenas para a procriação, não se pode admiti-lo entre pessoas do mesmo sexo, a priori, biologicamente impossibilitadas de procriar.

E é neste lugar de estereótipos e aberrações que os indivíduos com sexualidade e comportamento sexual considerado desviante do padrão se encontram. Sobre essa questão, Welzer-Lang (2001) defende que as relações sociais de sexo de homens com mulheres e de homens com homens resultam de um duplo paradigma naturalista, que cristaliza a dominação do homem hetero e seus espaços de poder.

Neste contexto, a iniciação sexual entre homens pode se dar de forma traumática, durante a fase da homosociabilidade, em que meninos se afastam dos espaços femininos e se agrupam com seus pares, não raro sendo sexualmente iniciados por garotos mais velhos, em práticas homoeróticas que soam, no mínimo, paradoxais, vez que a virilidade é ensinada/aprendida em relações homossexuais, que devem ser mantidas sob sigilo absoluto, resguardadas nos espaços denominados de *casa-dos-homens* (WELZER-LANG, 2001).

Observa-se que a padronização da sexualidade binária apenas acirra os preconceitos e favorece a marginalização dos grupos ditos desviantes. Se esta costuma ser a realidade experimentada pelos homossexuais, homens e mulheres, quando se trata de pessoas transexuais, o rol de desrespeitos, inclusive aos direitos civis, tende a se ampliar consideravelmente, restando comprometidos alguns essenciais, a exemplo da liberdade de expressão, educação e saúde, dentre outros direitos humanos fundamentais.

Sob esse viés, Foucault (1999) é uma importante referência ao relatar que até o século XVII a sexualidade era limpa, sem incômodos ou infortúnios nas palavras ditas, as grosserias e obscenidades tinham liberdade, corpos à mostra eram normais até mesmo para as crianças, que não interpretavam como escandaloso ou inescrupuloso. Para o filósofo, o processo de repressão da sexualidade, vivido pela sociedade, se deu a partir do século XVIII, apontando para uma rigidez que visava coibi-la; ressalta que, a partir deste período, falar sobre esse assunto explicitamente passou a gerar tanto pudor que se tornou censurado, sendo realizada uma limpeza e depuração no vocabulário utilizado, bem como definição dos locais a serem pronunciados. Assim, conforme o avanço do estudo e entendimento da sexualidade humana pelas ciências, sobretudo médicas e sociais, novas questões, ainda mais complexas, surgiram.

2.3 Da patologização da transexualidade

Os primeiros registros científicos que tratam da transexualidade como um *fenômeno de gênero* específico datam de 1950. No início dessa década, o endocrinologista Harry Benjamin se dedicou a estudar as características das pessoas transexuais, traçando comparações com os homossexuais. Segundo o médico, o que distinguia os dois grupos era o rechaço ao próprio órgão genital experimentado pelos primeiros e desconhecido dos últimos (BENTO; PELÚCIO, 2012).

Do mesmo modo, Benjamin defendia a cirurgia de redesignação sexual como único tratamento possível para os pacientes transexuais e, em 1969, promoveu o primeiro congresso da Associação Harry Benjamin, em Londres. Posteriormente, em 1973, o psicólogo neozelandês John Money criou o termo *disforia de gênero* para designar a condição psicológica da pessoas transexual, o que levou à mudança do nome da associação de endocrinologista, em 1977, para Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) (BENTO; PELÚCIO, 2012).

O objetivo da associação – erigir um manual diagnóstico das pessoas transexuais capaz de unificar internacionalmente o tratamento psiquiátrico das desordens da identidade de gênero – “(...) anunciado precariamente na década de 1960, ganhou concretude nos anos 1980. A sua inclusão no Código Internacional de Doenças, em 1980, foi um marco no processo de definição da transexualidade como uma doença” (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 571).

Dentro desse contexto, o sociólogo espanhol e ativista trans, Miguel Missé, luta pela despatologização e a *transautomia*, a fim de garantir a pessoa transexual que seus direitos sejam respeitados. Dessarte, dispõe:

“Lutar pela despatologização é defender que nossas identidades fazem parte da diversidade e que temos direito a modificar nosso corpo quando assim decidirmos. Reivindicar um livre acesso aos hormônios ou às cirurgias é a parte central da luta, não um detalhe, não é uma segunda etapa da luta: é uma luta em si mesma” (Missé, 2011, p. 265-275).

O transexualismo, que também perdeu o sufixo depreciativo, em 1994 (mas não o lugar no rol de enfermidades do DSM), foi reintitulado “Transtorno de Identidade de Gênero” e passou a figurar como o principal operador da patologização da sexualidade. (BENTO; PELÚCIO, 2012).

Lionço (2009) compreende que a transexualidade é caracterizada por um intenso sofrimento decorrente não apenas da percepção de não pertencimento ao sexo biológico, mas também da convicção de pertencimento ao sexo oposto ao seu. Logo, a pessoa transexual

viveria numa essencial desarmonia entre quem é, quem acredita ser e a sua aparência externa. Enquanto para Castel (2001), a transexualidade se configura no sentimento pungente de não-pertença ao sexo anatômico, desatrelado, todavia, da manifestação de distúrbios delirantes e sem bases anatômicas.

Nesse sentido, a pessoa transexual é o sujeito que não se identifica com o gênero correspondente ao seu sexo biológico. Termo genérico, que deve ser precedido pela expressão homem ou mulher, de acordo com o gênero de identificação do indivíduo (JESUS, 2012).

Berenice Bento, por sua vez, (2012), sugere que a transexualidade é uma experiência indenitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Essa população vivenciaria um penoso e profundo sentimento de inconformidades, rejeição da genitália e anulação da possibilidade de prazer proveniente deste órgão. A transexualidade, seria, portanto, uma total inversão de identidade de gênero, cujo maior objetivo residiria na mudança da maneira de viver, com todas as conotações sociais, muito além do que uma transformação cirúrgica possa oferecer.

2.4 Transexualidade e saúde

Por ocasião da 72ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em maio de 2019 em Genebra, Suíça, a Organização Mundial de Saúde (OMS) oficializou a retirada da transexualidade do rol de transtornos mentais, da 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID). De fato, a informação já havia sido divulgada em 2018, porém, a oficialização ocorreu apenas em maio do ano seguinte. Pela nova edição da CID 11, a transexualidade migrou da categoria de transtornos mentais para a de “condições relacionadas à saúde sexual”, passando a ser classificada como “incongruência de gênero”, constando por 28 anos na categoria anterior. Cumpre registrar, nesse sentido, que antes mesmo da decisão da OMS, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) já havia publicado a Resolução CFP nº01/2018, orientando que a atuação profissional dos psicólogos voltada a este grupo não considerasse a transexualidade como patologia., O Conselho Federal de Medicina (CFM) publica a resolução 2.2265 em 09/01/2020 reiterando a incongruência de gênero ou Transgênero a não paridade entre a identidade de gênero e ao sexo ao seu nascimento, incluindo o homem transexual aquele nascido com o sexo feminino que se identifica como homem.

Mesmo com esses avanços, a população de homens e mulheres trans costuma sofrer com preconceitos, discriminações, sentimento de invisibilidade e violação de todas as naturezas, promovidas por diversos setores da sociedade. As vivências, via de regra excludentes e traumáticas, rotineiramente experimentadas pela população transexual, gerando uma série de agravantes à saúde dessas pessoas, podendo afetar sua integridade psíquica, moral e física, reduzindo-lhes a qualidade de vida, e resultando em processos de sofrimento e sensação de inferioridade, dentre outros (COSTA, CÂNDIDO, BIZERRA, 2017).

Ademais, a falta de acesso ou o acesso restrito à saúde, comumente enfrentado pelas pessoas transexuais, soa especialmente penoso e preocupante ao se considerar que a população trans costuma se utilizar de vários métodos circunscritos nas modificações corporais, que abarcam do uso de hormônios a aplicações de silicone industrial, depilações, cirurgias plásticas, transgenitalização, dentre outros, cuja balização é o desejo de cada indivíduo, considerando suas possibilidades financeiras, necessidades pessoais, e até os usos que faz do próprio corpo.

Do mesmo modo, a transformação do corpo apresenta-se como uma opção na vida das pessoas, todavia, no caso dos/as transexuais, essa possibilidade assume outra magnitude, abrangendo a pluralidade dos procedimentos de transformação do corpo e as possibilidades de adequação deste ao gênero. Nesse contexto, percebe-se o esforço da pessoa transexual em não delimitar fronteiras entre sua identidade de gênero, sua autoidentificação e seus intercruzamentos nas categorias de gênero e sexualidade (ROCON, et al., 2016).

Via de regra, a sociedade embasa-se na crença de que o corpo é um atributo natural que define a identidade de homens e mulheres enquanto pessoas de um determinado sexo e gênero, e a não adequação do corpo ao gênero implica em dificuldade de convivência em diversos espaços sociais. Além disso, a manifestação das diferenças, o desejo de transformação corporal, o acesso aos serviços de saúde, as políticas públicas e a circulação em diferentes territórios, repartições e instituições, também ficam dificultados. Por conseguinte, sem apoio familiar e social, sem muitas opções de moradia e meios de sustento, os transexuais migram para as ruas, encontrando, não raro, na prostituição, um meio de sobrevivência, que os expõe a grandes riscos (SILVA, et al., 2015).

Esse processo de exclusão se desenvolve como ondas, propagando-se da família para a comunidade, para a escola, para os serviços de saúde e demais espaços e contextos de relações nas quais essas pessoas estejam inseridas. E diante dessa realidade, a falta de espaço e acolhimento, sobretudo, familiar, conduz o indivíduo ao contato com novas perspectivas e, em regra, sofrimentos, como agressões físicas e psicológicas, histórias de discriminação e

rejeição, que costumam gerar sofrimento mental. Ante as inúmeras dificuldades enfrentadas, emerge a taxa de suicídio entre os transexuais, em virtude da interação dificultosa entre corporificação contraditória, conduta pessoal, relações interpessoais, significados culturais, instituições e dinâmicas políticas e econômicas (SILVA, et al., 2015; CONNEL, 2016).

Quanto ao processo cirúrgico, a legalização da transgenitalização envolveu inúmeras discussões, que tiveram início no Brasil em 1979, quando o Conselho Federal de Medicina foi consultado pela primeira vez sobre a colocação de próteses mamárias em pessoas transexuais com sexo biológico masculino. Porém, a primeira manifestação favorável à realização de cirurgia de transgenitalização ocorreu no "I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina", em 1997. Nesse encontro, a cirurgia foi considerada a etapa mais importante no tratamento da transexualidade (CARDOSO, 2005).

Inicialmente, o procedimento foi justificado pelo princípio da beneficência da Bioética, pois possibilitaria a integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado. No entanto, muita controvérsia cerca o assunto, visto que o principal objetivo da cirurgia seria a satisfação e qualidade de vida do sujeito. Ocorre que a irreversibilidade da redesignação de sexo suscita questionamentos sobre a certeza do diagnóstico e os efeitos colaterais dessa decisão (CARDOSO, 2005).

No Brasil, a população transexual já logrou considerável avanço, se comparado a outros países. Aqui, a pessoa transexual recebe tratamento hormonal e cirúrgico pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o processo é extremamente moroso, levando entre 3 a 5 anos, no mínimo, para o transexual conseguir a cirurgia de ressignificação (GALI; GIAMI; SANTOS; VIEIRA, 2013).

As ações voltadas à promoção da saúde entre a população transexual só ganharam visibilidade a partir da epidemia HIV/Aids, no início dos anos 1980, quando políticas públicas e estratégias governamentais se voltaram à população homossexual masculina, visando a prevenção da doença. Recentemente, o governo federal lançou a Política Nacional de Saúde LGBT e o Programa Brasil sem Homofobia, documentos norteadores e legitimadores das necessidades e especificidades desse grupo. Tais iniciativas expressam o reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade.

Em 2008, mais um passo importante rumo à visibilidade da população trans e ao atendimento de suas demandas. Trata-se do Processo Transexualizador, que passou a ser política do SUS. Em 2010, o governo federal lançou a Política Nacional de Saúde Integral a LGBT. Importa dizer que a representatividade dos movimentos sociais organizados, fomentada nas duas primeiras décadas dos anos 2000 pelo governo federal através de

Secretarias Especiais, teve papel fundamental nos avanços das políticas públicas para essa população, inclusive na área da saúde. Ocorre que as paralisações dessas agendas de direitos e inclusão são ameaças constantes a esses grupos, bem como ações governamentais repressoras, a exemplo do Estatuto da Família (PL 6583/13), que busca limitar o modelo familiar ao heteronormativo, e a recente tentativa de repatologização da homossexualidade (GOMES et al, 2018).

No tocante às pesquisas, Gomes et al (2018) apontam que a produção científica brasileira sobre saúde da população transexual aborda de forma mais importante e com produção sistemática e regular de dados o HIV/Aids e a violência articulada à vulnerabilidade individual e social para a infecção pelo HIV, mas também outros agravos, como depressão, ideação e tentativas de suicídio, abuso de substâncias e dificuldades de acesso a cuidados e serviços de saúde. Acerca desses dados, há ainda um alerta sobre a piora e a gravidade das condições de saúde de LGBTI, indicando “a urgência de reafirmar a relação necessária entre a promoção da saúde e a proteção/promoção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais dessas populações” (GOMES et al, 2018, p.8).

2.5 Da hormonização e da cirurgia de redesignação

O processo transexualizador é disponibilizado pelo SUS às pessoas transexuais que desejam realizar alterações corporais. Primeiramente, dentro do referido processo, ocorre a confirmação do diagnóstico de disforia de gênero, conduzida por profissionais de diversas áreas (psicólogos, assistentes sociais, etc.), que realizarão exames psicológicos e clínicos na pessoa transexual. O objetivo dessa equipe multidisciplinar é compreender o desejo do indivíduo pelos procedimentos de modificação corporal, bem como orientá-lo sobre as terapias disponíveis, para, então, conduzi-lo à continuação conforme as intenções do paciente. (PETRY, 2015).

Nesse contexto do processo transexualizador, há a Terapia Triádica, que se estende por dois anos e apresenta três opções para os interessados, quais sejam: o entendimento do sujeito na vivência do gênero com o qual se identifica; a hormonização; e as cirurgias modificadoras de caracteres anatômicos, nestas incluída a de transgenitalização ou redesignação (PETRY, 2015). Sobre esses procedimentos, é importante destacar que nem todos querem passar pelas cirurgias, optando pelas duas primeiras etapas apenas, ou optam por nenhum tipo de intervenção.

Nesse processo, a hormonização, feita sob orientação dos médicos endocrinologista ou urologista, estimula o “aparecimento de caracteres sexuais secundários compatíveis com a identificação de gênero” (ARÁN; MURTA, 2009, p. 19) da pessoa transexual. Identifica-se, dessa maneira, que grande parte dos indivíduos transexuais já fazia uso de hormônios sem prescrição médica antes de iniciar o tratamento na rede pública.

No processo transexualizador, a terapia hormonal para mulheres transexuais (MtF) consiste na administração de antiandrogênicos (hormônios com a finalidade de diminuir as características masculinas) e estrogênio, através de doses adequadas individualmente para um melhor resultado terapêutico e com menos efeitos colaterais. Dos estrogênios os mais prescritos são 17β-Estradiol e dos antiandrogênicos, o Acetato de Ciproterona (nome comercial - Androcur®), porém existem várias outras formas de administração do medicamento. No caso dos homens transexuais (FtM), existem diversas opções de terapia de reposição androgênica disponíveis no mercado. A testosterona é o principal hormônio utilizado para induzir o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários masculinos, podendo ser administrada por injeções intramusculares de ésteres de testosterona, vias transdérmicas como adesivos, géis de testosterona e de di-hidrotestosterona (DHT) e sistemas subcutâneos, como o adesivo bucal e o undecanoato de testosterona oral (ARÁN; MURTA, 2009, p. 19-20)

A fase inicial do tratamento endocrinológico dura, no mínimo, dois anos, até que o sujeito (o que opta em chegar a essa etapa) possa realizar a cirurgia de redesignação de gênero, próxima etapa da terapia triádica. Após o procedimento cirúrgico, a pessoa transexual retoma a hormonização e segue por toda a sua vida (PETRY, 2015).

Vale salientar que esses procedimentos cirúrgicos aos quais os indivíduos transexuais são submetidos objetivam conformar o corpo físico à imagem esperada para o gênero de identificação do sujeito. Essas cirurgias, chamadas de redesignadoras, compõem a terceira etapa da terapia triádica.

Além desse fato, encontram-se abrangidas por essas intervenções as alterações de características anatômicas secundárias e principais. Dentre as secundárias incluem-se, para os homens trans, a retirada dos seios por mastectomia, e, para as mulheres trans, o implante mamário de próteses de silicone, por exemplo. Já o caractere sexual principal se refere ao pênis e à vagina, e sua modificação se dá pela cirurgia de transgenitalização.

Márcia Arán e Daniela Murta (2009, p. 20) explicam:

Na cirurgia de redesignação sexual de mulheres transexuais (MtF), utiliza-se como tática cirúrgica da transgenitalização a retirada ou desmembramento do pênis, a retirada parcial do escroto, orquiectomia bilateral, uretroplastia, construção da neovagina, neoclitoroplastia e neovulvoplastia. No que se refere à tática para modificação dos caracteres sexuais secundários, utiliza-se mamoplastia, cricotireoplastia, cirurgia de cordas vocais, cirurgia feminilizante de face e contorno corporal e realização de depilação definitiva. (...). Já na redesignação sexual de homens transexuais (FtM) - a qual permanece como cirurgia experimental⁴ -, são

utilizadas como táticas cirúrgicas de transgenitalização a histerossalpingo-ooforectomia, a colpectomia, a neofaloplastia e a escrotoplastia.

No Brasil, as cirurgias redesignadoras são oferecidas gratuitamente pelo SUS. A conquista é recente, pois até 1997 esses procedimentos eram considerados crime de mutilação, previsto no art. 129 do Código Penal. Nesse mesmo ano, alguns hospitais universitários passaram a realizar cirurgias de transgenitalização, em caráter experimental, autorizados pela Resolução 1482/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Posteriormente, em 2008, a Portaria GM nº 1.707, do Ministério da Saúde, instituiu o processo transexualizador nas unidades federadas, reconhecendo à população transexual o direito à regulamentação e oferta dos procedimentos de transgenitalização no SUS (ARÁN; MURTA, 2009).

Conquanto date de 2008, a inclusão da cirurgia de redesignação no SUS se destinava somente à transgenitalização de mulheres trans. O procedimento redesignador destinado aos homens trans somente foi permitido em 2019, quando regulamentado pela Portaria 1.370, de 21 de junho de 2019. A permissão não tornou o acesso menos difícil, visto que, no Brasil, apenas cinco centros de saúde credenciados pelo SUS realizam a cirurgia (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Goiânia e Recife) (DIA, 2020).

No dia 9 de janeiro deste ano, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2.265/2019, que atualiza as regras para o atendimento médico às pessoas transexuais. Entre as principais mudanças está a alteração na idade para a cirurgia, que foi reduzida de 21 para 18 anos. Já as terapias hormonais passam a ser liberadas a partir dos 16 anos. A nova resolução também contempla questões como o bloqueio puberal, “interrupção da produção de hormônios sexuais”, e a hormonioterapia cruzada, “forma de reposição hormonal na qual os hormônios sexuais e outras medicações hormonais são administradas ao transgênero para feminização ou masculinização”, e regulamenta os processos cirúrgicos (DIA, 2020).

Atualmente, a portaria vigente, do Ministério da Saúde, que “Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)” é a de nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Além dessa portaria, vige também a Resolução CFM nº 2.265/2019, que “Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero (...)”.

3 Homem Trans: dificuldades ao acesso à saúde

O interesse das ciências mencionadas pelo gênero masculino emergiu a partir da década de 60, quase como um *diagnóstico por exclusão*, impulsionado pelos estudos feministas e movimentos homossexuais da época. Sob esse viés, as discussões fomentadas por esses grupos, acerca da construção da identidade masculina, levantaram questionamentos sobre comportamentos tipicamente atribuídos aos homens e prejudiciais às mulheres, a influência da cultura sobre tais comportamentos e o possível delinear de uma mudança. Daí nasceu a figura do *homem desconstruído* (CARRARA; HEILBORN, 1998). Todavia, para compreender esse *novo homem*, é preciso recorrer ao *antigo*. Adentrar-se-á, pois, à análise da masculinidade como construção social, enfocando-se, para melhor contextualizar o tema deste trabalho, a relação do homem com a própria saúde.

Outrossim, acerca da saúde sexual e reprodutiva das pessoas transexuais, principalmente dos homens trans, destacam-se as dificuldades no atendimento ginecológico, que vão desde constrangimentos com o nome social até violências físicas. Homens transexuais também precisam de prevenção contra cânceres de mama e de colo de útero. Desse modo, apesar do índice de câncer de colo do útero nessa população não ser alto, o de mortes pela doença é, porque esses homens não buscam os sistemas de saúde para prevenção e diagnósticos precoces (VASCONCELOS, 2020).

Além disso, a gravidez do homem transexual também se revela um problema com o qual os profissionais da saúde não sabem lidar. Os relatos de quem passou por isso são de atendimentos violentos, desrespeito aos papéis de pai e de mãe determinados por quem irá desempenhá-los com a criança e abordagens médicas *castrativas*, no sentido de tentar impedir essas gestações (VASCONCELOS, 2020).

O afugentamento da população trans das unidades de saúde corrobora, portanto, para a manutenção desses indivíduos no status de *população-chave* ou grupo de risco para HIV/AIDS e ISTs, pois que lhes tira a possibilidade da prevenção e do acesso a tratamentos adequados, e alimenta o preconceito, a desinformação e a marginalização que mantém o Brasil no topo do ranking de países que mais matam transexuais no mundo.

3.1 Masculinidades e saúde

Falar de gênero é também falar de relações de poder entre homens e mulheres, entre homens e outros homens, entre mulheres e outras mulheres, entre pessoas cisgênero e pessoas transexuais e homossexuais, entre outros arranjos possíveis que se articulem ao/ou neguem o que se reconhece como norma sobre feminilidade e masculinidade em cada cultura. Fugir a essas normas no que diz respeito ao gênero e também à sexualidade significa estar em posição inferior na hierarquia dessa estrutura de poder (SCOTT, 1995; CONNELL, 1995, 1997).

Nesse cenário, retroceder à construção da masculinidade, que ora se almeja desconstruir, é compreender que a criação do homem padrão envolve a introdução das violências de gênero posteriormente reproduzidas ainda na infância, quando da supressão do choro do menino e do estímulo à rejeição de toda demonstração de dor ou sensibilidade.

Da mesma forma, a negação do medo, a exposição ao risco, o silenciamento acerca de dores físicas e emocionais são considerados traços da masculinidade ainda hoje valorizados na sociedade brasileira, marcadamente misógina e patriarcal. Tais características, rotineiramente estimuladas nos grupos sociais, em oposição à pseudo fragilidade e emotividade femininas, não raro, põem em risco a vida dos homens, que costumam negligenciar a própria saúde, recorrendo aos postos e hospitais, via de regra, apenas para tratar sintomas e doenças graves, evitando recorrer à medicina preventiva.

Desse modo, os cuidados com a própria saúde não costumam fazer parte da rotina masculina. Fato que pode ser explicado não apenas pela disseminação ainda prevalente de crenças e valores errôneos a respeito da masculinidade, mas que também podem ser atribuídos à carência de políticas públicas de saúde, voltadas às especificidades masculinas no âmbito do Sistema Único de Saúde, sobretudo na atenção primária. Carência que reflete as questões de gênero ora suscitadas, vez que estas perpassam não apenas as relações pessoais, mas todas as relações sociais.

Considerando-se esse contexto, no qual também reverberam as discussões de gênero, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009, ao relacionar determinantes sociais e dados epistemológicos, reconhece que a população masculina, a despeito de ser a mais vulnerável às doenças, sobretudo às crônicas, e ter expectativa de vida menor que a população feminina, costuma negligenciar a atenção primária, em regra, acessando o sistema de saúde através das emergências ou da atenção especializada, quando já se registra um comprometimento de sua saúde. Razão pela qual as discussões sobre gênero são consideradas essenciais para a reversão desse quadro.

Alinhado a isso, Schraiber e Figueiredo (2011) articulam a noção de integralidade às discussões de gênero ao apontarem as visões reducionistas que submetem e restringem homens e mulheres em nossa sociedade, e se refletem nos serviços de saúde. As representações culturais de força e vigor, associadas ao trabalho, e a centralidade da sexualidade como conquista, atribuídas ao homem, contrastam com as construções culturais sobre o feminino, via de regra, inscrito no campo da reprodução, do controle da sexualidade e da disciplina e cuidado, reduções que não contribuem para uma perspectiva de integralidade em saúde.

Verifica-se ainda que aos homens são dirigidos os cuidados curativos, negligenciando-se as ações educativas ou comunitárias, à exceção dos programas de controle e prevenção de DST e Aids (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005). A ideia corrente entre os homens costuma ser a de “resolver o problema” ou “ficar bom logo”, enfatizando-se as ações curativas em detrimento das ações preventivas.

Outrossim, essa é uma realidade que guarda íntima relação com os papéis socialmente atribuídos aos homens: *o de trabalhadores e provedores da família*. Tal distribuição de papéis perpassa e organiza as práticas da assistência, corroborando a ideia de que *homens não podem adoecer*, pois há necessidade da restituição rápida de sua força física, enquanto força de trabalho. Isso leva muitos homens a procurarem os serviços de saúde apenas em último caso, quando já precisam recorrer aos serviços de emergência e aos hospitais. Outro aspecto que se pode destacar é que os profissionais da saúde não costumam estranhar essa realidade. Essa conjuntura reflete o alcance dessa configuração de gêneros, e o quão necessário e importante é discuti-las nesse âmbito.

3.2 Saúde sexual, prevenção e cuidados

Tratando mais especificamente dos homens trans – aqueles que, no nascimento foram identificados como pessoas do sexo feminino, mas que se identificam com o gênero masculino, sentindo-se pertencentes a esse grupo e buscando reconhecimento legal/social como homens – há que se voltar atenção especial a esse público no que concerne à saúde. De maneira mais específica, é importante destacar a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids, uma vez que, no Brasil, a identidade transmasculina ainda está se consolidando, e, portanto, encontra menos atenção governamental, social e médica do que a transexualidade feminina (BRASIL, 2019). Importa aclarar brevemente que no núcleo das transmasculinidades nem todos os indivíduos se identificam como “homens”. Há também as

“pessoas transmasculinas” ou “transmasculinos”, que “foram designados como “mulheres” ao nascer e se identificam mais dentro do espectro das masculinidades, mas de uma forma “não binária” (fora da categoria binária homem ou mulher)” (BRASIL, 2019b, p. 9).

O Ministério da Saúde disponibilizou em 2019 a versão corrigida e atualizada da cartilha “HOMENS TRANS: VAMOS FALAR SOBRE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS?”, que objetiva orientar os homens trans e transmasculinos a respeito da prevenção das enfermidades tema, das práticas sexuais seguras e das opções de tratamento, uma vez ocorrido o contágio. Na referida cartilha, o Ministério da Saúde informa que, embora pesquisas quantitativas sobre ISTs na população de homens trans ainda sejam muito deficientes no Brasil, é possível apontar os representantes desse grupo mais suscetíveis a essas infecções. São eles:

- Aqueles que tiveram ou têm vida sexual ativa, sem uso de preservativos, independentemente de sua orientação sexual ou do gênero de seu (sua) parceiro (a);
- Heterossexuais, gays, bissexuais ou pansexuais que fazem sexo sendo penetrados por seus (suas) parceiros (as) que têm pênis;
- Jovens entre 15 e 24 anos: 60% da população brasileira iniciam a vida sexual antes dos 19 anos, e a epidemia de HIV segue mais frequente e persistente nessa faixa etária entre pessoas trans (...);
- Os que fazem sexo desprotegido com múltiplos (as) parceiros (as);
- Pessoas que usam álcool e outras drogas: é importante observar que o consumo de álcool, tabaco e maconha é grande entre homens trans (...);
- A população de homens trans privados de liberdade, concentrada no interior dos presídios e colônias penais femininas brasileiras;
- Os (as) trabalhadores (as) do sexo (BRASIL, 2019b, p. 10).

É importante salientar que apesar das recomendações para o uso do preservativo, não existe específicos para as relações entre homens trans que fazem sexo com mulheres cis, ou seja, relações em que não haja penetração pênis-vagina, mas contato vagina-vagina.

Entre as ISTs mais comuns pode-se listar o HIV (“vírus da imunodeficiência humana), as hepatites virais (A, B e C), o HPV (papilomavírus humano), a sífilis e a gonorreia. Como plano de prevenção dessas doenças, o Ministério da Saúde informa sobre o sistema de estratégias que combina intervenções biomédicas, medidas comportamentais e estruturais voltadas aos grupos sociais considerados mais vulneráveis ao contágio, dentre os quais estão os homens trans (BRASIL, 2019b).

Essa prevenção combinada fundamenta-se no incentivo do uso de preservativos durante as relações sexuais, na frequência da testagem laboratorial e clínica das ISTs, redução do consumo de álcool e demais substâncias entorpecentes, políticas públicas de orientação e prevenção voltadas para o público alvo abordado, e, merecem destaque, principalmente, as chamadas PrEP e PEP.

A profilaxia pré-exposição (PrEP), instituída pela Portaria Nº 21, de 25 de maio de 2017, consiste do uso preventivo de medicamentos antirretrovirais por indivíduos pertencentes aos grupos classificados como *populações-chave* para a infecção pelo HIV: os já listados acima e os parceiros sorodiscordantes – pares sexuais nos quais um está infectado pelo HIV e o outro não (SILVA, 2019). Sob esse viés, a medicação deve ser tomada diariamente, sem restrição de horário, durante 7 (sete) dias para efetivar a proteção nas relações sexuais com penetração anal, e por 21 (vinte e um) dias para as relações com penetração vaginal. Em caso de esquecimento, não se recomenda tomar 2 (duas) doses da profilaxia no dia seguinte, a proteção segue ativa por até quatro dias no organismo. Contudo, se a interrupção ultrapassar 3 (três) dias corridos, dever-se-á repetir os exames de HIV, ISTs e demais procedimentos realizados para dar início à PrEP (ZUCCHI EM et al., 2018).

Segundo a OMS, o critério para inserção de um grupo na categoria *populações-chave* é a incidência do HIV entre seus membros ser igual ou superior a 3% (três por cento). Essa categorização, todavia, não é absoluta. Há que se considerar também a experiência particular da pessoa transexual e priorizá-la sobre as características gerais do grupo ao qual pertence. A abordagem do profissional da saúde deve, portanto, ser dialógica e considerar os seguintes aspectos: práticas sexuais, parcerias sexuais e situações nas quais as práticas acontecem (ZUCCHI EM et al., 2018).

Muito se discute ainda sobre a estigmatização das pessoas para as quais a PrEP está direcionada, inclusive sobre o termo *populações-chave* ser uma renomeação, mais branda, para apontar *grupos de risco*. Essa estigmatização traz consigo problemas maiores que a nomenclatura, como a discriminação sofrida pelos usuários da profilaxia, pela associação do método com a promiscuidade e/ou com a própria infecção por HIV, já que o tratamento das pessoas transexuais contaminados também é feito com antirretrovirais; e a resistência dos próprios indivíduos indicados ao método preventivo, em razão da associação da PrEP à homossexualidade (ZUCCHI EM et al., 2018).

Chama-se atenção aqui para uma análise sociocultural da institucionalização da PrEP: a necessidade incondicional de casar essa prevenção medicamentosa com a educação sexual da população para a qual está direcionada, a fim de que essa política de redução da transmissibilidade do vírus não seja banalizada como uma medicalização das práticas sexuais de grupos vulneráveis para o proveito econômico da indústria farmacêutica. Ademais, importa compreender que as circunstâncias de maior exposição ao risco de contaminação por HIV não são perenes, motivo pelo qual a PrEP é indicada em alguns momentos e prescindível em

outros, a depender das práticas do sujeito em cada fase de sua vida, o que denota, ainda mais, a importância do atendimento individualizado e humanizado.

Ocorre que estudos realizados em países como Estados Unidos e Inglaterra demonstraram que a descontinuidade da PrEP nem sempre está relacionada a períodos de baixo risco de infecção, ao contrário, apontaram um elevado número de novas contaminações ocorridas em períodos de interrupção da profilaxia. Essa descontinuidade do tratamento é multifatorial, sendo listados motivos como a necessidade de idas constantes aos serviços de saúde, a exaustão no seguimento da terapia e “no estudo PROUD, um ensaio aberto com gays e HSH ingleses, 5% dos voluntários interromperam a PrEP por efeitos adversos, como náuseas e dores de cabeça e articulares” (ZUCCHI EM et al., 2018, p. 4).

O uso correto do medicamento reduz em mais de 90% o risco de infecção pelo HIV, mas a eficácia dessa proteção está relacionada à boa adesão e ao uso correto e regular da profilaxia. E, ainda assim, recomenda-se que a PrEP esteja combinada com as outras medidas de prevenção, como o uso de preservativos e gel lubrificante (BRASIL, 2019b).

Outro fato a se considerar é o estudo PrEP-Brasil, realizado nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, que delineou as peculiaridades do contexto nacional da adesão à PrEP, destacando-se idade, transexualidade e vulnerabilidade econômica como os principais motivos da não adesão voluntária (ZUCCHI EM et al., 2018). Logo, depreende-se que não basta ofertar o tratamento para frear a contaminação, é necessário conhecer as carências da população para contorná-las, e criar estratégias que aproximem o público alvo do serviço de saúde que lhe é dirigido.

A profilaxia pós-exposição (PEP), por sua vez, foi instituída, por meio da Portaria Nº 34, de 22 de julho de 2015, no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do uso de medicamentos antirretrovirais *após* uma relação sexual desprotegida (consentida ou violenta) ou outra situação que exponha o indivíduo ao risco de infecção, como um acidente de trabalho. É, pois, uma profilaxia de emergência e não se dirige a um público preferencial, como a PrEP (SILVA, 2019).

De acordo com as informações contidas na cartilha “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais”, do Ministério da Saúde, a indicação da PEP depende dos status sorológicos da pessoa exposta e da pessoa-fonte – este último não obrigatório, apenas quando houver a possibilidade de fazê-lo (BRASIL, 2018d).

Desse modo, se a pessoa exposta apresentar resultado reagente em seu teste rápido, a PEP não é indicada, uma vez que já houve a infecção pelo HIV em momento anterior àquele que motivou a busca pela profilaxia e esta, portanto, não será eficaz; se não-reagente, indica-se a PEP; caso o resultado do teste seja discordante ou inválido, inicia-se uma investigação clínica mais detalhada para dirimir a dúvida e os profissionais de saúde, em conjunto com o paciente, devem decidir sobre o uso ou não da medicação antirretroviral (BRASIL, 2018d).

Acerca da pessoa-fonte (pessoa que não se apresenta para testagem), a demora ou impossibilidade de acessá-la não pode ser escusa para atrasar o tratamento, que será recomendado caso ela teste positivo para o HIV. Em caso de resultado não-reagente, a PEP não será indicada, exceto se a pessoa-fonte tiver sido exposta a risco de infecção nos últimos 30 (trinta) dias. Nesse período, chamado de janela imunológica, a possibilidade de resultados falsos-negativos deve ser considerada. Se o status sorológico da pessoa-fonte for desconhecido, dever-se-á avaliar as circunstâncias da possível exposição, considerando-se critérios como caráter, local e gravidade da ocorrência, para melhor decidir sobre a indicação ou não da PEP (BRASIL, 2018d).

Destaque-se que para garantir a eficácia da PEP contra o HIV, a medicação deve ser administrada nas primeiras 72 horas após a exposição ao vírus, sob pena de perder a eficácia passado esse tempo, e continuada por 28 dias ininterruptos. “Mais de 50% das pessoas expostas apresentam efeitos adversos à profilaxia ARV. Os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, tais como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga” (BRASIL, 2018d, p. 38). Assim, a PEP não deve substituir, por óbvio, as demais medidas de prevenção à contaminação por ISTs, como a relação sexual protegida por preservativo.

Cumprir reiterar a importância da educação sexual como medida de prevenção, pois a informação prepara a população para o autocuidado, para o reconhecimento dos sintomas das doenças e, conseqüentemente, o tratamento precoce. E mais, para a busca por exames regulares, uma vez que nem todas as ISTs são sintomáticas, mas todas devem ser tratadas. Precisamente por esse motivo, o vocábulo DST (doença sexualmente transmissível) foi substituído por IST (infecção sexualmente transmissível), porque *doença* pressupõe sinais indicativos do corpo para a presença de agentes patológicos; enquanto as infecções podem permanecer assintomáticas por determinados períodos ou por toda a vida da pessoa, a exemplo do herpes e do HPV, detectáveis, nessas circunstâncias, somente por exames laboratoriais (SILVA, 2019).

Um aspecto relacionado aos direitos sexuais é a prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) a

cada dia há mais de 1 milhão de novos casos de IST curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos. Isso é equivalente a mais de 376 milhões de novos casos anuais de três infecções, sendo elas: Clamídia, Tricomoníase e Sífilis. A OMS afirma que as ISTs têm um impacto profundo na saúde de adultos e crianças no mundo. Por conseguinte, se não forem tratadas, podem levar a efeitos graves e crônicos à saúde, dentre eles, doenças neurológicas, cardiovasculares, infertilidade e aumento do risco de infecção por HIV.

Ainda sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde 2013, por meio do Plano Nacional de enfrentamento de Aids e das IST entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis, aponta maior vulnerabilidade ao vírus HIV para gays e bissexuais masculinos e associa essa condição diretamente às homofobias e segregação a qual estão expostos, especialmente os mais jovens. A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para os grupos de vulnerabilidade o destino do exercício clandestino da sexualidade, essa situação os leva a frequentar lugares e situações desprovidas de condições favoráveis à prevenção de doenças.

A fim de diminuir os índices de contágio HIV/AIDS, o Ministério da Saúde BRASIL, em 2018, iniciou a implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), com a combinação dos fármacos Tenofovir Disoproscil Fumarato (TDF) e Entricitaina (FTE) aos grupos considerados mais vulneráveis: homens que fazem sexo com homens (HSH), Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Profissionais do sexo, Casais soroconvergentes. Vale ressaltar que tal terapêutica não é isolada e sim combinada.

O total de serviços de PrEP no Brasil até setembro de 2018 foi de 65 serviços em 46 municípios de 27 estados do Brasil. Quanto à população que acessa a PrEP, 80,7% são gays e HSH, 0,3% Travesti, 21% Mulher Trans e 4% Homem Trans. Sendo que o grupo que apresentou maior índice de ISTs foi Travesti/Mulher Trans, totalizando 25% dos casos notificados.

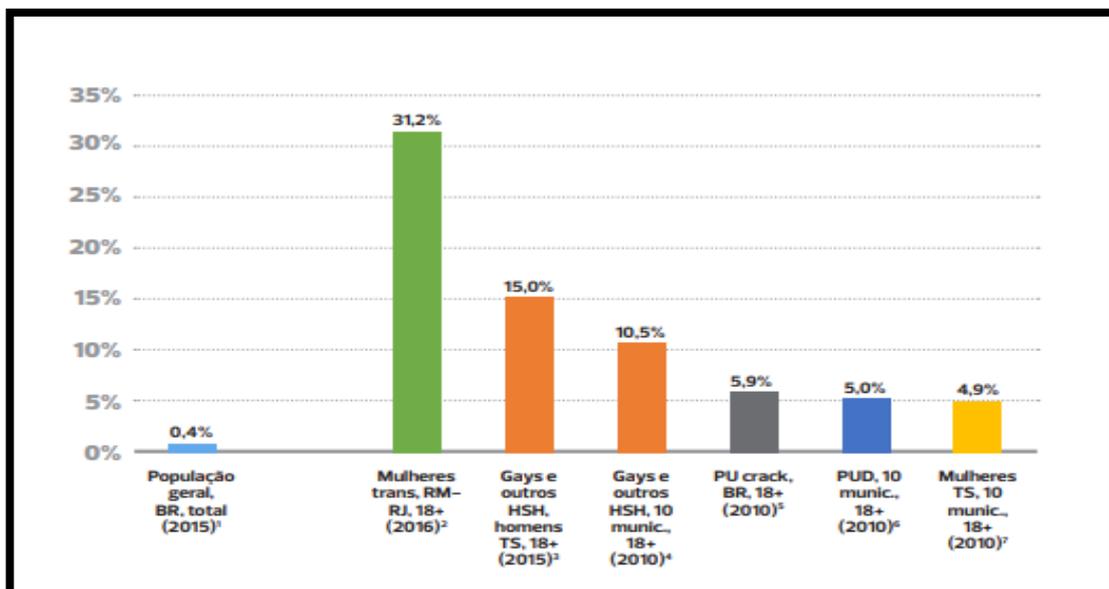
A maior vulnerabilidade dessas populações se explica por questões estruturais, sociais e comportamentais, quais sejam: relações sexuais com múltiplos parceiros, troca de sexo por dinheiro, condições precárias de moradia, situações de discriminação, uso de drogas ilícitas e álcool, preconceito e estigma. Todavia, faz-se necessário considerar outros indicativos como critério para o uso da PrEP. De acordo com o quadro abaixo:

Quadro 1: Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação da PrEP.

| SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS | DEFINIÇÃO | CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE Prep. |
|--|---|---|
| Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) | Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens | Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses E/OU Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) E/OU Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) |
| Pessoas trans | Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos: homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários | |
| Profissionais do sexo | Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente | |
| Parcerias sorodiscordantes para o HIV | Parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não | Relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo |

Fonte: Brasil, 2017.

Os segmentos populacionais compõem a população-chave, entretanto, observa-se a discrepância na distribuição de casos de HIV/Aids, destacando-se a população Trans, especificamente a mulher transexual e Travesti com a alta prevalência:

Figura 1: Concentração de casos de HIV em determinadas populações.

BRASIL,2017. Abreviaturas: HSH, Homens que fazem sexo com homens; PU crack, população usuária de crack; PUD, população usuária de drogas; TS, trabalhadores do sexo.

Das questões das práticas sexuais, corpos que possuem vulva e que se relacionam sexualmente com outro corpo com vulva, não se tornam *população de risco*, porém, se essas práticas não forem realizadas com cuidados e métodos de barreiras, essas práticas se tornam *práticas de riscos*, quando existe contato com fluidos vaginais, pro exemplo, a menstruação, aumentando o risco para uma infecção pelo vírus da hepatite, contato com lubrificante vaginal, potencialmente contaminados, servem como transportadoras de agentes infecciosos ou no ato de *dedilhamento* ou *fisting*¹. No sexo oral, sujeito a ulcerações por bactérias ou vírus, as esfoladuras proporcionadas muitas vezes pelo *tribadismo*², pode acontecer rupturas de micro vasos e ocasionar uma infecção por IST/HIV, em caso de brinquedos sexuais, é necessário utilizar o preservativo e realizar a troca após cada uso (BRASIL, 2020). A pedagogia no uso de acessórios seria um ponto fundamental da lógica de preservação, porque nos poucos casos em que se comprovou infecção por HIV entre corpos com vulva que se relacionam com outros corpos com vulva, esta teria sido a via de infecção (ALMEIDA, 2009; ARRUDA e CAVASIN, 1999).

3.3 Cuidados da enfermagem na saúde sexual dos homens trans

O atendimento de saúde da pessoa trans tem especificidades próprias que exigem melhor preparo da equipe multiprofissional que irá atendê-la, sobretudo do enfermeiro. Os profissionais da enfermagem estão presentes em maior número nos hospitais, clínicas, postos e demais centros de saúde, e, em regra, têm mais contato com o paciente.

Ocorre que, apesar de haver diretrizes e normas legais de assistência à saúde da pessoa transexual, observa-se uma carência no ensino da enfermagem sobre o repasse dessas informações. As instituições de ensino, públicas e privadas, não contemplam, nesse sentido, a saúde dos transexuais em suas grades curriculares e tampouco o mercado de trabalho prepara o profissional para lidar com a diversidade de gênero (ALMEIDA et al., 2018). Esse despreparo contribui para o afastamento das pessoas transexuais das unidades básicas, pois o medo do tratamento discriminatório supera as demandas de saúde do indivíduo, que acaba por negligenciar a prevenção. É comum que pessoas transexuais só busquem atendimento médico quando já estão gravemente doentes, acometidos por enfermidades que, por vezes, poderiam ter sido evitadas e/ou tratadas no início (ROSA et al., 2019).

¹**Fisting** é o fetiche sexual de introduzir a mão ou antebraço no orifício retal ou vaginal durante a prática sexual.

²**Tribadismo** é a prática de atritos em vulva durante a prática sexual

Fonte: <https://www.dicio.com.br>

Somado a isso, informações disponibilizadas pelo UNAIDS, em 2019, apontam para o risco 12 (doze) vezes maior de infecção pelo HIV ao qual a população trans está exposta, em relação aos outros segmentos da sociedade, e como esse destaque negativo está relacionado, dentre outros fatores, à estigmatização e ao mau atendimento nas unidades de saúde (UNAIDS, 2020).

Mais de 90% dos entrevistados do estudo *Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS – Brasil (2019)* afirmaram que já foram discriminados em razão de sua identidade de gênero. Entre eles, 31,9% já passaram por experiências ruins com profissionais da saúde; 36,3% revelaram sentir medo de que estes profissionais os maltratem e/ou exponham suas sorologias positivas; cerca de 13,9% já ouviram comentários depreciativos relacionados ao seu status sorológico de funcionários da saúde; 11,1% acusam o maior distanciamento do profissional de saúde no contato com pessoas transexuais sabidamente soropositivos; e 6,5% já sofreram agressões verbais (UNAIDS, 2020).

Diante disso, a assistência adequada às pessoas transexuais demanda, além do conhecimento técnico, o olhar mais humano do enfermeiro, que deve acolher e criar um vínculo capaz de trazê-lo para o ambiente hospitalar e desassociá-lo do trauma da discriminação. Ademais, uma vez que a relação profissional da saúde – a pessoa transexual é marcada pela hierarquia de quem domina a ciência sobre quem consulta, cumpre ao enfermeiro criar um ambiente de conforto e confiança para os pacientes, sobretudo os mais vulneráveis (ALMEIDA et al., 2018).

Apesar da expressiva produção científica na literatura sobre as necessidades específicas de pessoas trans, como cirurgias de redesignação sexual, retirada de mama e útero, plástica mamária reconstrutiva (incluindo próteses de silicone), extensão das pregas vocais para mudança da voz, além de terapia hormonal, todas essas assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É grande o número de pessoas que evita a utilização do serviço público de saúde, pois relatam ser humilhadas e maltratadas nesses locais e dão preferência aos serviços privados, onde podem exigir melhor atendimento por estarem pagando diretamente pela realização dos procedimentos desejados. Cabe ressaltar que, a despeito dessa produção científica e da gama de procedimentos oferecidos às pessoas trans, a Enfermagem não vem desenvolvendo conhecimentos e habilidades específicas nessas áreas (ROSA et al., 2019, p. 315-316).

Chama-se atenção, ainda, para a necessidade e a possibilidade de promover mudanças nas estruturas curriculares dos cursos de enfermagem no Brasil, visto que estes seguem as regras disciplinadoras da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB 9394/96). Mudanças, pois, que formem enfermeiros capazes de exercer a profissão com habilidades técnicas associadas a práticas humanizadas, empatia e reconhecimento das vulnerabilidades das pessoas transexuais serão transformadoras e bem-vindas (ALMEIDA et al., 2018).

Nesse cenário, a Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero (WPATH) divulgou, em 2012, as Normas de Atenção à Saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero, para orientar profissionais da saúde no tratamento adequado, objetivando a promoção da saúde física e psicológica, das pessoas trans e com variabilidade de gênero. Em 2016, o Ministério da saúde lançou o livro “Transexualidade e Travestilidade na Saúde”, com lições sobre atendimento humanizado, não discriminatório e especializado aos transexuais e travestis nos diversos níveis de atendimento, do básico ao especializado (ROSA et al., 2019).

Apesar das atenções voltadas à saúde da população trans se referirem, sobretudo, à área sexual, tema desse trabalho, vale lembrar que pessoas trans têm necessidades de saúde gerais, como qualquer pessoa, a exemplo da hipertensão, diabetes, obesidade, etc. Essas demandas acabam nubladas pela questão do gênero, porque profissionais de saúde despreparados reproduzem a transfobia nas unidades de atendimento e afastam a pessoa transexual do tratamento adequado.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa compõe a pesquisa Gênero, Sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CAAE-10003219.6.0000.5243) e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (Processo nº 200013671/2018), atendendo às diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam os critérios e cuidados para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

O presente estudo é do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, que visa responder a questões particulares, seus significados e subjetividades, a partir da vivência dos atores sociais (MINAYO, 2012).

A pesquisa teve como cenário o Ambulatório de Saúde Trans João W. Nery, inaugurado em 28 de novembro de 2018, em Niterói, Rio de Janeiro, que funciona na Policlínica Silvio Picanço, no centro da cidade e destina-se ao processo transexualizador da população travesti e transexual.

A fase denominada construção dos dados ocorreu entre 15 de maio de 2019 e 05 de fevereiro de 2020, período em que um grupo de três mestrandas/o do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UNIRIO), uma mestranda do PROFSAÚDE/UFF e duas docentes realizaram as suas pesquisas. Nesse período houve visitas ao ambulatório a fim de conhecer a estrutura física e fluxo de atendimento, além de entrevistas, observação participante e realizado anotações no diário de campo, como: cada experiência vivenciada em cada entrevista pelos pesquisadores, como os entrevistados se comportavam durante a entrevista, os sentimentos expressados pelos entrevistados e as conversas antes e após as entrevistas.

Para a construção dos dados recorreu-se a um roteiro de entrevista semiestruturado e observação participante. Segundo Fraser e Gondim (2004), a entrevista possibilita compreender os modos de percepção da realidade, possibilitando a compreensão dos atores sociais. Minayo (2014) afirma ainda que as pessoas que vivem em um mesmo ambiente social tendem a compartilhar os modos de perceber a realidade, o que significa que as opiniões individuais podem ser representativas de um grupo. Para tanto, pesquisador/a e entrevistado/a envolvem-se na produção do conhecimento, a partir de trocas verbais e não verbais.

Sob esse viés, Boni (2005) afirma que a entrevista semiestruturada permite a geração de melhor amostra da população de interesse, ao passo que Minayo (2010) esclarece que este tipo de entrevista consiste em uma técnica de construção dos dados, na qual o pesquisador segue um roteiro que visa facilitar a abordagem aos sujeitos da pesquisa, assegurando-se de que, durante a conversa com o entrevistado, não perderá o foco das hipóteses e dos pressupostos teóricos norteadores de sua pesquisa.

Outro detalhe é que a aplicação da entrevista deve se assemelhar a uma conversa informal, exigindo critérios por parte do entrevistador. No entanto, possibilita certo grau de liberdade, ao permitir que o pesquisador a aplique quando julgar necessário, podendo acrescentar novas perguntas, caso o entrevistado desvie do tema proposto ou dê respostas incompreensíveis.

Vale ressaltar que o roteiro da entrevista foi construído por todos os pesquisadores e foi organizado da seguinte forma: a primeira parte com perguntas voltadas à caracterização dos entrevistados e na segunda parte, as questões foram direcionadas aos objetivos de cada pesquisa individual: os saberes e práticas sobre hormonização cruzada; os saberes e práticas sobre prevenção de HIV/AIDS e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); o itinerário terapêutico e sobre a construção da masculinidade dos homens trans negros.

Em julho de 2019 foram realizadas duas entrevistas teste para adequação do roteiro. Após o primeiro ajuste, foram realizadas mais três entrevistas teste, quando observou-se que o roteiro contemplava os objetivos das pesquisas. As entrevistas foram, em sua maior parte, realizadas em duplas de pesquisadores e todas/o faziam todas as perguntas, ou seja, o roteiro completo que contemplava todas as pesquisas. As questões específicas para essa pesquisa compõem a seção seis (Apêndice D). As entrevistas tiveram a duração média de 50 minutos, foram gravadas nos celulares e posteriormente transcritas pelos pesquisadores.

Foram entrevistados o total de 41 usuários e usuárias do ambulatório. E para essa pesquisa, nos ativemos às entrevistas com 20 participantes, homens trans com idades entre 18 e 41 anos. Apesar dos testes e do empenho do grupo, ao analisar as entrevistas, observou-se que algumas continham dados inconsistentes e/ou respostas superficiais em algumas questões, talvez porque o bloco seis era o penúltimo de um roteiro longo ou em decorrência do sistema coletivo adotado para a realização da construção dos dados. No entanto, esse aspecto não inviabilizou a análise.

Cumprir registrar que em momento anterior à entrevista, os pesquisadores apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitando a leitura e assinatura do documento a cada um dos sujeitos da pesquisa que concordassem em participar. A elaboração do TCLE respeitou as normas que o regulamentam, observando-se o uso de linguagem clara e objetiva, contemplando as informações relevantes, de modo a facilitar a compreensão por parte dos entrevistados (Anexo 1).

Os critérios de inclusão foram: Pessoas que se declaram transexuais masculinos, com idade maior de 18 anos e que eram usuários do ambulatório. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: usuários que tinham algum tipo de transtorno mental. As entrevistas foram realizadas em uma das salas da policlínica, onde foi possível se manter a tranquilidade e a discrição necessárias para o momento.

Uma vez assinado o referido Termo, cada participante foi renomeado com a letra “H” maiúsculo (de Homem), seguido de um número arábico. Os números foram ordenados, seguindo a sequência de realização das entrevistas (H1, H2, H3...), garantindo-se o sigilo e o

anonimato dos participantes, todas gravadas, mediante prévia autorização dos entrevistados, sendo integralmente transcritas pelos pesquisadores, visando preservar o material, mantendo-se a fidelidade às respostas e às informações pertinentes para a pesquisa.

Entende-se que pesquisas qualitativas não priorizam o tamanho da amostra, sendo possível acrescentar ou excluir casos, de acordo com o andamento do trabalho de campo. Assim, para determinar o número de participantes da pesquisa, recorreu-se à técnica de amostragem por saturação teórica, uma ferramenta conceitual, que visa respaldar a finalização ou inclusão de sujeitos na amostra da pesquisa, com base na redundância ou na repetição do conteúdo das falas, considerando os objetivos e o referencial conceitual do estudo (FONTANELLA et al., 2008). Trata-se de um instrumento epistemológico que mostra ao pesquisador o momento em que as observações e entrevistas já não acrescentam novos dados e informações ao objeto estudado, tornando-se, pois, irrelevante a continuação das observações ou a realização de novas entrevistas, vez que já não haverá variação de respostas (CHERQUES, 2009).

Para Turato (2003), a saturação ocorre aproximadamente entre a 6ª e 15ª entrevista. Nesta pesquisa, ocorreu a partir da entrevista de número 15 (Apêndice B) Registre-se que se deu apenas nas respostas das perguntas abertas.

Vale ressaltar que os pesquisadores esclareceram individualmente os/as participantes a respeito do objeto e objetivos dos estudos, bem como sobre o direito de cada pessoa de se recusar a participar da pesquisa, além do direito a posterior cancelamento de sua participação, a qualquer momento, sem que isso implicasse em quaisquer prejuízos ou danos.

Para o tratamento e análise dos dados, recorreu-se à metodologia de análise de conteúdo sistematizada por Bardin (2011), para quem a pesquisa qualitativa apresenta certas características particulares, sendo validada, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de interferência precisa e não em interações gerais. Trata-se, portanto de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca, através de procedimentos objetivos e sistemáticos, indicadores para que o pesquisador possa fazer inferência de conhecimentos, a partir das mensagens obtidas.

Recorreu-se, ainda, à análise de conteúdo temático-categorial proposta por Oliveira (2008), cuja sistematização respeita etapas, que começam com a leitura flutuante do material, seguida da definição de hipóteses provisórias, considerando-se o objeto estudado, para se proceder à determinação das unidades de registro (URs), que podem ser palavras, frases, parágrafos ou temas. Para este estudo foram utilizadas frases (Apêndice C). Do levantamento das URs, realizou-se o levantamento das Unidades de Significação (US) que, por sua vez,

resultaram nas Categorias de Análise. O presente estudo, dessa forma, gerou 104 Unidades de Registro, organizadas em 4 Unidades de Significação, que gerou 1 categoria e 1 subcategoria. (Apêndice A).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização

À época das entrevistas, eram todos residentes do estado do Rio de Janeiro, sendo dez na capital (50%), dois em Maricá (10%), dois em Saquarema (10%), e seis participantes residiam em Niterói (30%).

Em relação à faixa etária dos participantes, tinham idades que variaram entre 18 e 41 anos, apresentando média de 24,8 anos de idade. Havia três participantes com 18 anos no momento da entrevista e um de 19 anos (20% menores de 20 anos); 13 participantes com idades entre 20 e 29 anos (65%); dois na faixa etária de 30 anos (10%) e apenas um participante com 41 anos (5%).

Quanto ao gênero, todos (100%) se autodeclararam homens trans. Sendo que quatro (20%) acrescentaram a expressão *trans* à resposta. Em relação à sexualidade/orientação sexual, 12 participantes se declararam heterossexuais (60%). Dentre os 40% restantes, dois se declaram pansexuais, dois bissexuais, um livre, um com orientação sexual indefinida e um sem orientação sexual.

Os participantes revelaram as possibilidades de orientações sexuais, entre eles a pansexualidade talvez seja o termo menos popularizado ou conhecido na sociedade. O conceito pansexualidade surge nos meados do século XX com fortes críticas com a *teoria pansexualista* de Freud reduzindo-a com as motivações humanas e instintos sexuais (OLIVEIRA, 2002). No movimento LGBT define como atração por pessoas independente da expressão de gênero.

Quanto à cor/raça/etnia, seis participantes se autodeclararam brancos (30%), cinco pardos (25%), quatro negros (20%) e dois, pretos (10%). Quanto à formação ou grau de escolaridade, havia oito cursando nível superior (40%), portanto, com Ensino Superior incompleto, oito com o Ensino Médio completo (40%), três participantes ainda cursando o

Ensino Médio (15%). Apenas um interrompeu os estudos no 7º ano do Ensino Fundamental (5%).

A escolaridade apresenta-se como uma forma de barreira de acesso ao mercado de trabalho para a população transexual. O ambiente escolar pode produzir várias formas de violência, como a exclusão, conforme Andrade (2012, p.247) não é incomum a evasão involuntária onde pessoas transexuais sofrem transfobia e não conseguem dar continuidade aos estudos. Este fato dificulta muito mais o acesso ao emprego formal e ao ensino superior.

Em relação ao estado civil ou relações conjugais, dois participantes (10%) se declaram casados ou em união estável, com uma mulher. Quinze participantes (75%) se declaram solteiros, destes, quatro residiam com as respectivas namoradas, três estavam apenas namorando (15%) e um não respondeu à pergunta (5%).

No tocante à atividade profissional, 12 participantes (60%) exerciam alguma, e trabalhavam nas seguintes atividades: um técnico de enfermagem, um cozinheiro, um auxiliar de produção de salgados, um vendedor de salgados, um vendedor de padaria, um operário em fábrica de alimentos, um assistente administrativo de escritório, um ilustrador freelancer, dois autônomos, um tatuador e um professor de Filosofia. Ainda compuseram a amostra sete participantes que não trabalhavam e se declararam estudantes, dos quais um também fazia um estágio. Um dos participantes era pensionista.

Questionados sobre a sua religião, os participantes responderam da seguinte forma: oito declaram não ter religião (40%), três se declaram adeptos do Catolicismo (15%), três da Umbanda (15%), três do Candomblé (15%), 1 não definiu se era espírita ou agnóstico (5%), um se declarou um adepto de qualquer religião não cristã (5%), e um não respondeu à questão (15%). Apenas 15% dizem pertencer ao cristianismo, o que chama muito atenção para o cis-hetero-normatividade impostos pelas religiões cristãs, através da *ideologia de gênero* onde Silva (2018) diz que é uma expressão utilizada para subjugar as mulheres ao homenes, os transexuais ou cisgêneros e aos homossexuais aos heterossexuais, perpetuando o machismo *cultuado* pela sociedade a *alimentando* a LGBTIfobia.

6 DISCUSSÃO

6.1 Os saberes dos homens transexuais sobre IST/HIV e sobre as medidas de prevenção

Esta categoria representou o total de 65% do corpus de análise, para entender sobre os conhecimentos dos homens trans acerca da transmissão de IST/HIV, questionou-se o que eles sabiam e quais as medidas de prevenção que eles usavam. As respostas para a primeira pergunta variaram de relação sexual desprotegida a compartilhamento de objetos, destacando-se a falta de esclarecimento dessa população com relação ao tema, cujas dúvidas chegaram até à possibilidade de transmissão de HIV pela saliva, como se constata nas falas abaixo:

[...] Eu sei que através do sexo, mas especificamente, a maneira específica não[...] (H4)

[...] Pela saliva, não é? [...] (H7)

[...] Da mulher... Tipo, falam que se tiver com uma ferida talvez no dedo, né? Você pode contrair alguma coisa... Acho que é assim [...] (H11)

Apesar das campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde, a implantação de alguns programas que têm como objetivo a educação sexual, como, por exemplo, o Programa de Saúde nas Escolas - PSE (BRASIL, 2007) e o programa saúde do adolescente, que estão incluídos na Cartilha Básica de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (BRASIL, 2013). A cartilha elenca algumas ações que devem ser atingidas e no que concerne à educação sexual, objetiva-se a tratar IST/AIDS, ofertar preservativos, encaminhar o adolescente a centros de referências quando necessário, disponibilizar anticoncepcional, entre outros. Nota-se que os objetivos estão direcionados apenas para não infecção às doenças sexualmente transmissíveis e a não gravidez na adolescência; percebe-se a deficiência nos objetivos que promovam aprendizagem de formas de transmissão das IST, formas de promover o prazer sexual nos adolescentes, discussão sobre identidade de gênero, autoconhecimento do corpo, entre outros. Ayres (2002) e Paiva (2000) criticam os modelos centrados na prescrição de condutas, onde os técnicos supostamente sabem e prescrevem o que é melhor para o outro, como o pressuposto de que a prevenção seria algo a ser ensinada, numa perspectiva racional-cognitiva. Eles também criticam as pedagogias do medo, centradas na doença e seus aspectos biomédicos.

É notório nas falas dos entrevistados a falta de conhecimento no que se refere às formas de contágio das IST, atribuo essa falta de conhecimento ao déficit pedagógico implantado pelo Ministério da Saúde nos programas de saúde sexual e a utilização da pedagogia do medo. Em 1989 o Ministério da Saúde lançou a campanha “João que amava Tereza que ama Raimundo”, que conta a história de João que amava Ana, que essa amava Tereza, que amava José, que amava Thiago, que no final morreu por AIDS, no fim da propaganda aparece à mensagem em um fundo preto, com som fúnebre “Morra de amor e não morra de AIDS”. Em 1995 lançou a campanha “Carnaval sem HIV”, a propaganda narra um bloco de carnaval que tem o seguinte enredo “Nós tínhamos doenças que dava no pau, veio o século XX e veio o tal do HIV que acabou com a brincadeira... não der mole para esse tal de HIV”. Em 2016, a campanha “Vou falar sobre HIV”, narra a história de um casal de jovens héteros, no momento da transa, o companheiro fala sobre o preservativo, ele aproveita o momento e conta o que aprendeu com seu primo, que transou sem camisinha e usou a PEP, que conheceu uma menina que engravidou, que conheceu um casal gay que tinha uma relação soro convergente (quando um é HIV positivo e outro HIV negativo). Encerrando essa linha do tempo, em 2019 o Ministério da Saúde lançou a propaganda “Jovens falando sobre IST”, foram indagados aos jovens se eles tinham conhecimento como eram os sintomas de algumas IST, todos falaram que não sabiam, uma relatou que já ouviu falar uma vez na aula de biologia. Foram entregues aos jovens, celulares com imagens dos sintomas das doenças, ouve fala de que estavam com medo, nojo, horrorizados e temerosos. Ayres (2012), fala que a primeira lição aprendida, ainda no início da epidemia do HIV, é que o caminho do terror, do susto, de quanto mais assustador a propaganda, melhor seu efeito preventivo, é extremamente limitada.

Batista e Zambendetti (2017) diz que, a prevenção das IST/HIV na rede primária se apoia aos métodos de barreiras, com o uso de preservativo, o qual tem se constituído o principal foco das políticas públicas brasileira. A prevenção está atrelada a um exercício de educação em saúde, compreendido enquanto um processo de transformação do sujeito na relação do seu corpo e sexualidade. É necessário expandir o conceito educação e saúde, resumir, significa ocultar conhecimento, impedir discussões sobre gênero e auto-reconhecimento. Segundo Paiva (2008), estudos constataram que no Brasil e em outros países latino-americanos, os profissionais que trabalham em programas públicos dedicados à sexualidade, quase sempre atuam com base em suas crenças e valores pessoais, Butler (2010) corrobora com tal afirmativa, quando a mesma diz que os profissionais da saúde adotam uma

postura patriarcal, impõe sobre o outro as suas vivências pessoais e o que eles elegem como correto e coerente. Por sua vez Missé (2011) luta pela transautonomia, onde o transexual é o protagonista da sua história, escolhe o melhor método, quer seja hormonal, quer seja na proteção no momento do sexo, quer seja nas práticas sexuais, entre outros.

Butler (2010) diz que, uma vida só pode ser apreendida como viva e, portanto, passível ser investida, na medida em que é reconhecida. “Se certas vidas não se qualificam como vivas, não são concebidas como vidas dentro de certos marcos epistemológicos, tais vidas nunca se considerarão perdidas no sentido pleno da palavra”. Nesse sentido, o reconhecimento nos âmbitos sociais, educacionais, de saúde, fazem necessários para o pertencimento de vida da população de homens transexuais que são invisibilizados em todo o momento. A população de homens transexuais quer ser visto e não exposto.

Questionados sobre a origem de seus conhecimentos sobre IST/HIV, as respostas foram escola e Youtube, demonstrando a falha das instituições de ensino, sobretudo as públicas, na educação sexual dos alunos, e o papel da internet no saneamento dessa carência.

[...] Eu vi no Youtube, um vídeo no Youtube que acabava falando sobre isso [...] **(H8)**

A leitura desses dados soa, no mínimo, preocupante, considerando-se que entre os participantes, à época da pesquisa de campo, havia jovens de 18 e 19 anos, concludentes ou recém egressos do Ensino Médio, enquanto a maioria já frequentava cursos de nível superior. Verificou-se, no entanto, que nenhum desses níveis de escolaridade mostrou-se capaz de fornecer conhecimentos adequados no tocante à educação sexual e, conseqüentemente, sobre métodos de prevenção de enfermidades sexuais, que podem acometer a todas as pessoas e que, portanto, deveriam ser de conhecimento de toda a população, embora prevaleça a errônea ideia da estigmatização, que persiste vinculando as ISTs e, sobretudo o HIV/AIDS à população LGBT.

A educação sexual surgiu nas escolas brasileiras nas décadas de 20 e 30 do século XX, sob a perspectiva da medicina higienista, que visava prevenir os chamados “desvios sexuais”, que a partir de então deixaram de ser tipificados como crimes, passando a ser considerados doenças. Nos anos 30, essa discussão sobre educação sexual se acirrou após uma epidemia de sífilis, com muitas vítimas.

A epidemia de HIV/AIDS, iniciada nos anos 1980/90 o risco de contágio por sífilis e outras ISTs, bem como os altos índices de gravidez na adolescência levou o governo federal a buscar mecanismos de prevenção, optando por fazê-lo através da educação. Assim a Orientação Sexual passou a figurar entre os temas transversais nos Parâmetros Curriculares Nacionais, publicados em 1997, documento norteador dos currículos escolares.

Em 2001, o Plano Nacional de Educação (PNE/Lei 10.172/2001), com vigência 2001-2010, trouxe nos objetivos e metas para os cursos de formação docente, os estudos de temas relacionados aos temas transversais, especialmente sobre as abordagens de gênero, educação sexual, ética, saúde e outros. E embora estes documentos não tenham sido postos em prática na sua plenitude, o pior ainda estava por vir.

Para a construção do novo PNE, houve uma série de Conferências Municipais, Estaduais e Nacional (2009-2010), que contemplaram ao tema Sexualidade no Eixo II, intitulado: Educação e Diversidade: Justiça Social, Inclusão e Direitos Humanos, portanto numa ampla perspectiva de respeito à diversidade, mas que o atual PNE, com vigência 2014-2024, sequer mencionou, graças à ação orquestrada pela chamada bancada evangélica e por deputados católicos conservadores que, em defesa da chamada família tradicional cristã, promoveram um verdadeiro retrocesso em relação à educação sexual, que vinha se materializando nas escolas brasileiras (BARBOSA et. all., 2019).

Na educação impôs-se um discurso e ações que visam enquadrar qualquer tentativa de educação sexual como ideologia de gênero. E assim, o Brasil permanece com séculos de atraso em relação a países europeus, e com décadas de atraso em relação a países latino-americanos, a exemplo de Argentina e Uruguai, que há muito já incorporaram a educação sexual e o respeito à diversidade sexual em seus currículos, ao passo que no Brasil, o retrocesso na área tem sido a marca principal.

As consequências, como se pode verificar, não ocorrem apenas no desconhecimento de conteúdos básicos de saúde sexual e medidas de prevenção, como também refletem no próprio trato e atendimento dos homens trans em unidades de saúde, que os participantes recorrem em busca de tratamentos pertinentes à atenção básica, justificando a comoção e os sentimentos de gratidão e admiração dos participantes pelo atendimento diferenciado que lhes vem sendo oferecido no Ambulatório João W. Nery.

Neste sentido, importa reforçar a necessidade de um currículo em todos os níveis de educação, com ênfase na área da saúde, que seja capaz de promover uma formação que contemple as demandas de toda a população, inclusive da parcela de homens trans, uma vez que não se pode admitir tratamento discriminatório que, em nome de padrões heteronormativos, que precisam ser revistos e suplantados, se aceite que profissionais de saúde ou quaisquer outros ofereçam tratamento que desrespeite direitos humanos fundamentais, como o direito à saúde e à vida. E a formação escolar e acadêmica humanizada que julgamos indispensável, certamente promoverá a superação de problemas como os ora apresentados, a exemplo da desinformação prevalente dentre os homens trans sobre PrEP e PEP.

A conversa sobre os saberes dos homens trans acerca da PrEP e da PEP revelaram inseguranças e até mesmo preconceito dos participantes da pesquisa com relação aos respectivos tratamentos, por vezes associados à prostituição e promiscuidade, conforme falas abaixo:

[...] É o que você toma pra não contrair essas doenças, HIV, é tipo uma prevenção, acho que as garotas de programa... elas tomam pra se prevenir [...] (H6)

[...] Uma delas é quando você tem situações de sexo em risco e você toma o coquetel de prevenção, não é prevenção, é remediação, para não desenvolver, caso você tenha contraído e a outra é para que você não corra o risco de contrair, mas também acho um pouco agressivo [...] (H4)

Muito se discute sobre a estigmatização das pessoas para as quais a PrEP está direcionada, inclusive sobre o termo *populações-chave* ser uma renomeação, mais branda, para apontar *grupos de risco*.

Essa estigmatização traz consigo problemas maiores que a nomenclatura, como a discriminação sofrida pelos usuários da profilaxia, pela associação do método com a promiscuidade e/ou com a própria infecção por HIV, já que o tratamento dos pacientes contaminados também é feito com antirretrovirais; e a resistência dos próprios indivíduos indicados ao método preventivo, em razão da associação da PrEP à homossexualidade (ZUCCHI EM et al., 2018). Essa associação com a promiscuidade com a população homossexual tem afastado a população transexual, sobretudo dos homens transexuais a usarem esse método de prevenção. Importante salientar que a opção de utilização da Prep.

está intrinsicamente ligado ao nível de escolaridade, a questões raciais e sociais. Os brancos, ricos, estudados formam a maior população que utiliza esse método, percebemos mais uma vez que os programas de saúde foram criados e direcionados para a população branca, rica e cisgênera.

No Brasil, dentre os usuários da profilaxia, 82,7% são gays e homens que fazem sexo com homens, 8% são mulheres cisgênero, 5,9% são homens cisgênero heterossexuais, 3,2% são mulheres transexuais e apenas 0,2% são homens trans. O nível de escolaridade e a raça também influenciam na adesão à prevenção, pois, segundo a médica sanitária Adele Benzaken, a maioria dos adeptos da PrEP são pessoas brancas e com mais de 12 anos de estudos. Isso se justifica, inclusive, porque a PrEP sofre resistência até mesmo de profissionais da saúde, que não a indicam e tampouco informam pacientes com baixa escolaridade e menos acesso à informação sobre seus benefícios (CANCIAN, 2019).

[...] Esse projeto aí (PrEp), homem trans só entra se falar que dá o cu. É literalmente assim [...] **(H5)**

Chama-se atenção aqui para uma análise sociocultural da institucionalização da PrEP: a necessidade incondicional de casar essa prevenção medicamentosa com a educação sexual da população para a qual está direcionada, a fim de que essa política de redução da transmissibilidade do vírus não seja banalizada como uma medicalização das práticas sexuais de grupos vulneráveis para o proveito econômico da indústria farmacêutica.

Vale ressaltar que existe um leque de prevenções para as ISTs/HIV, muitas vezes atentamos apenas para o preservativo e a PrEp, meu intuito não é diminuir a importância desses métodos que devem ser combinados com outros métodos preventivos conforme (Brasil, 2017) e sim evidenciar outros métodos importantes quanto. De acordo (Brasil 2020), a imunização é de suma importância como método de prevenção a agentes infecciosos transmissíveis através do sexo penetrativo ou não, como exemplo hepatite B, que se contrai através de contato com sangue, Hepatite A por contato com fezes e secreções dos órgãos genitais e Papilovírus Humano (HPV) por fricções, secreção e contato desprotegido durante a relação sexual. Faz-se necessário incentivar e explicar a importância da imunização para a população, sobre tudo os homens transexuais que são invisibilizados pelo sistema cisgênero.

A vacina HPV está indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninas de 11 a 14 anos, pessoas transplantadas de órgãos sólidos, como fígado, baço, pulmão, etc, medula óssea e pacientes oncológicos (portadores de Câncer). Sendo a faixa etária indicada de 9 a 26 anos. Mais uma vez percebemos que a saúde do nosso Brasil concentra o cuidado no sistema heteronormativo, onde a transexualidade é pouco vista e marginalizada. Nosso sistema não disponibiliza métodos preventivos contra IST para homem que possui vulva, todavia os mesmos encontram mais suscetíveis a uma infecção por IST/HIV (BRASIL, 2020).

Alguns estudos epidemiológicos na literatura internacional como a de Marrazzo, 2004 e Shirley, et. Al 2014 corroboram com afirmativa acima, esses estudos apontam a possibilidade de transmissão de IST nas relações desprotegidas entre vulvas, bem como o maior índice de IST como HPV e HVA e doenças não consideradas IST, como candidíase e vaginose Bacteriana (VB). Pode-se afirmar que a população de homens transexuais são invisibilizados, tornando-se uma população vulnerabilizada.

Segundo o conceito de vulnerabilidade apresentando por Anjos, Calanz e Saleti 2009, apud Santo e Zambeneditti 2021, diz que a vulnerabilidade compreende a suscetibilidade ao adoecimento e às ISTs, como advinda de um conjunto de aspectos que para além dos individuais, são também sociais, coletivos e contextuais, influenciando na disponibilidade de acesso à recursos de proteção pelos grupos vulnerabilizados. Dessa forma, os marcadores sociais também podem ser vistos como aspectos que produzem relações de vulnerabilidade às ISTs/HIV.

6.1.2 As práticas sexuais e de cuidado à saúde para prevenção das IST/HIV

Esta subcategoria representou um total de 35% do corpus de análise, onde as perguntas abordavam as questões de práticas sexuais, métodos utilizados para tais práticas, quais os cuidados para prevenção das ISTs/HIV e as dificuldades encontradas para se prevenir contra IST/HIV.

A fim de compreender as práticas sexuais dos homens trans com parceiras (o) fixas, indagou-se o motivo do não uso de proteção nas relações com parceiras (o) de confiança, e as respostas demonstraram que essa confiança na outra pessoa reduz a preocupação com a possível contaminação por IST/HIV e, conseqüentemente, tira-lhes a necessidade de prevenção.

Os temas *confiança no(a) parceiro (a) e parceiro(a) único (a)* revelam como os homens trans condicionam suas práticas sexuais ao número de pares, ao tempo e ao nível de intimidade da relação, como exposto na fala a seguir:

[...] Não me preocupo tanto porque eu não sou de ficar com um monte de gente.... Eu e minha esposa a gente leva o negócio muito a sério. A gente não tem esse negócio aberto assim[...] (H7)

[...] Ah, assim... Eu não me preocupo tanto porque eu não sou de ficar com um monte de gente.... Eu e minha esposa a gente leva o negócio muito sério[...] (H14)

[...] Na verdade não é que eu fiz muita coisa ao longa da vida não, eu sempre tive relacionamentos assim duradouros, ao longo da vida eu tive cinco relacionamentos mesmo, e nada, talvez tenho só contado com a sorte e com a confiança da parceira, nunca tivemos problemas[...] (H20)

No lugar do preservativo, as pessoas consideram a fidelidade, a confiança e o conhecimento da parceira (o) como forma de prevenção. Assim, para quem vive em regime de conjugalidade, conhecer o outro se tornou o método de prevenção mais utilizado para qualquer infecção sexualmente transmissível (KOMIBLIT; DIAZ, 2000). Isto acontece segundo as autoras porque, com o passar dos anos, o relacionamento vai se consolidando, inicia-se confiança mútua em casal e a durabilidade do relacionamento juntamente com a intimidade adquirida dispensa o uso do preservativo. O uso do preservativo é bem aceito quando não há uma confiança ou sentimento entre o casal, quando surge sentimento de afeto, confiança, torna-se dispensável o uso do preservativo, justificado o não uso com palavras: eu confio na minha parceira, temos muito tempo juntos, ninguém trai ninguém.

Barros (2000) afirma que, quando o relacionamento envolve afeto, é comum a sensação ilusória de invulnerabilidade, como se o amor garantisse “proteção” contra as infecções sexualmente transmissíveis. Nota-se nas falas supracitadas que o uso de preservativo está relacionado a não seriedade no relacionamento, uma vez que se usa esse método de proteção em um relacionamento estável e duradouro, o parceiro (a) abre precedentes para desconfiança, traição, falta de amor, possibilidade de estar contaminado (a) por uma IST. Segundo os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), no momento em que um relacionamento conjugal é estabelecido, tanto homens como mulheres dão novos sentidos para o uso do preservativo. E não foi diferente nas falas dos entrevistados, percebeu-se que a confiança, o tempo conjugal e a monogamia dispensa o uso do preservativo.

Estudos sobre a ligação entre confiança no parceiro sexual e uso de preservativo demonstram que quanto maior a primeira, menor a frequência do último. Essa confiança, em regra, é potencializada em relações monogâmicas, uma vez que a exclusividade afasta a preocupação com a transmissão de IST/HIV (PLUTARCO et. all., 2019).

[...]Sempre que eu tive, tive parceiras que tivemos conversas muito conscientes sobre saúde. E eu tendo essa parceira há 5 anos[...] (H9)

Para muitas pessoas, a solicitação do uso de camisinha em relacionamentos estáveis soa como desconfiança do (a) parceiro (a), sobretudo em relações longas, pois o uso de preservativo é melhor aceito, mesmo em parcerias fixas, no início.

Alguns estudos mostraram que o uso de preservativos masculinos nas relações estáveis leva a uma situação de desconfiança entre o casal, por funcionar como um elemento questionador de fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizador do casamento. Além disso, a literatura mostra que intervenções com o intuito de prevenção contra DST/HIV tendem a ser menos efetivas com parceiros fixos do que com ocasionais (SCHUELTER-TREVISOL *et al*, 2010).

Entre pessoas que fazem sexo com parceiro com pênis, o não uso do preservativo também é justificado pela diminuição do prazer do (a) parceiro (a) com pênis, em razão da redução da sensibilidade do atrito pela barreira de proteção.

Segundo Rufino, Madeiro, Trinidad et. al (2018), realizou-se uma pesquisa entre os anos de 2013 e 2014 no território nacional, abrangendo todos os estados do Brasil, os dados coletados evidenciaram que corpos que possuíam vulva, quando se relacionavam com outro corpo com vulva, o índice de uso de método de barreira na prática sexual e a realização de consultas anual ao ginecologista eram baixos, e quando esses corpos iam as consultas ginecológicas, os médicos não orientavam quanto a prevenção às ISTs ou não esclareciam sobre dúvidas sexuais envolvendo apenas vulva. Neste mesmo informaram uma maior diversidade de práticas sexuais e maior frequência de sexo oral e penetração vaginal digital durante as práticas, contudo, a utilização de métodos de barreira mostrou-se infrequente, sobretudo nas citas acima. Observa-se nas falas abaixo a não adesão a métodos de barreiras quando esses homens transexuais se relacionam com outros corpos com vulva, em contraponto a nossa saúde sofreu e vem sofrendo a medicalização citada por Bento (2014), percebemos o quanto a saúde age de forma paternalista (Buttler, 2009), invisibilizando todos que vão na “contra mão” da cisgêneronormatividade.

[...] Mais prevenir mesmo eu não previno não. Até porque como é que eu vou colocar camisinha, essas coisas assim [...] **(H6)**

[...] Pô, me preocupo à beça, mas, infelizmente, nossas metodologias de proteção não se preocupam com homens que tem vagina [...] **(H4)**

[...] Quando é relação com pênis, camisinha. Mas com mulheres, prevenção de IST, não[...] **(H1)**

Lima e Saldanha (2020), afirma que as relações de corpos que possuem vulva quase sempre foram percebidas como um tabu e algumas vezes colocadas às margens da sociedade. As formas como esses corpos são vistos pela sociedade, sem sombra de dúvidas refletem em diferentes setores das suas vidas, sobretudo no campo de prevenção e de promoção da saúde. Os métodos de prevenção contra IST/HIV foram projetados para a população cisgênera, ou seja, o homem que possui pênis e a mulher que possui vulva, quando se trata da população transexual, sobretudo homens transexuais, a precariedade de métodos que os proteja contra uma infecção sexualmente transmissível ou HIV os colocam em risco. Nota-se a preocupação dos homens transexuais de se protegerem, todavia eles ficam a sorte da *roleta russa*, contam com a sorte todo o tempo.

Almeida (2009) fala que práticas sexuais desprotegidas mais intensas, que possam ocasionar esfoladuras genitais, também se tornam um fator de risco, bem como a partilha de acessórios para penetração vaginal e anal, sem que ocorra antes uma higienização ou troca de preservativos. É notória a dificuldade que os homens transexuais encontram em se protegerem contra as infecções sexualmente transmissíveis e HIV, porém esse não é o único problema que eles enfrentam. A falta de conhecimento dos profissionais de saúde, a falta de material didático e veículos de informações que orientem os homens transexuais quanto aos cuidados e métodos de prevenção que eles podem aderir para minimizar a exposição contra IST/HIV. A não acessibilidade nos provedores de saúde, me refiro as unidades de saúde, são meios de gerar saúde e conhecimento aos homens transexuais, como por exemplo, consulta com enfermeiro e médico, a fim de esclarecer e tirar dúvidas referente a saúde sexual: métodos de proteção contra IST/HIV, possibilidade de gerar filho e não amamentar, formas de explorar o corpo e sentir prazer, Papanicolau, autoexame da mama, orientação e tratamento sobre aparecimento de vaginose, candidíase, Doença Infecciosa Pélvica (DIP), que podem acometer os homens transexuais por fricção no momento do sexo, por utilização de gel íntimo ou má utilização de brinquedos sexuais.

É possível perceber, analisando as políticas públicas de orientação em saúde sexual e as respostas dos participantes, que as campanhas de prevenção de IST/HIV são reducionistas, tanto com relação ao método, vez que as campanhas e distribuições gratuitas são de preservativos masculinos, como em relação ao tempo, pois a veiculação dessas campanhas acontece sobremaneira em períodos festivos como o carnaval.

Esses fatores, aliados ao afastamento das pessoas trans dos centros de saúde, acarretam em resultados como o visto nesta pesquisa, em que o público-alvo cita como única forma de /prevenção de IST/HIV a camisinha – por vezes não utilizada e desconhece ou pouco sabe sobre a PrEP, mesmo sendo a população chave desse tratamento preventivo.

No tocante à realização de exames para detecção de IST/HIV, as UR demonstraram grande preocupação dos homens trans com a contaminação por tais infecções. Todos afirmaram já ter feito testes para IST/HIV, bem como repeti-los periodicamente ou a cada início de novo relacionamento.

[...] O que a gente faz é assim, vamos todo mundo checar nossas ramificações de exames? Eu checo, tu checa, todo mundo checa, é meio suspeito? É meio suspeito, mas é o que dá pra fazer assim [...] (H1)

No tema *dificuldades na prevenção de IST/HIV pelos homens trans*, as UR revelaram a carência desse público quanto a métodos de prevenção que atendam suas necessidades anatômicas, não mais restringindo a possibilidade de sexo seguro somente à relação com penetração por pênis.

As principais queixas dos homens trans com relação aos métodos preventivos se deveram à ausência de um dispositivo de barreira que contemple a anatomia da vagina, visto que as camisinhas masculina e feminina são direcionadas à penetração por pênis ou objetos fállicos, o que torna esse grupo mais suscetível a infecções e também a improvisos como o emprego de plástico PVC como barreira.

[...] Pô, me preocupo à beça, mas, infelizmente, nossas metodologias de proteção não se preocupam com pessoas que tem vagina [...] (H4)

Ademais, mesmo as formas de proteção possíveis, embora não direcionadas para a prática sexual, além de pouco utilizadas devido à falta de informação, como o dental dam

(proteção bucal odontológica que pode ser utilizada no sexo oral), tampouco são uma barreira de proteção eficaz nas práticas vulva-vulva (SAHD, 2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, realizou-se a análise crítica da relação entre as práticas sexuais dos homens trans, o atendimento ofertado a essa população pelo Sistema Único de Saúde e a carência de dados que demonstrem interesse dos governos em conhecer e bem atender esse público.

É precisamente neste que reside o principal problema da pesquisa: relacionar os marcadores sociais descritos acima de modo a possibilitar a compreensão da realidade experienciada por esse grupo vulnerabilidade, bem como jogar luz sobre ele.

Cumpra também esclarecer que, ao optar por analisar a transexualidade, mais precisamente a transmasculinidade, não se teve qualquer pretensão de esgotar o tema, demasiado amplo e múltiplo, e, ainda menos, se desejou reduzir essa população a meros conceitos estigmatizantes. Nesse sentido, o que se quis fomentar foi o debate a respeito das necessidades, particularidades e demandas dos transexuais, relevante, sobretudo, neste tempo de temor e incerteza sobre o futuro dos Direitos Humanos.

Destarte, toda a discussão orbita em torno destas questões cruciais para os profissionais da saúde: como conduzir o atendimento, quais caminhos precisam (aprender a) percorrer com vistas a assegurar a humanização, e sobre até que ponto os balizamentos morais e/ou religiosos dos governantes, legisladores e da própria sociedade contribuem para manter a marginalização desses indivíduos.

Nesse contexto, o objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar a conexão existente entre as práticas sexuais de homens trans, o atendimento a eles direcionado pelo Sistema Único de Saúde e a inclusão dessa população no grupo considerado “chave” para a transmissibilidade de ISTs e HIV/AIDS. Assim, apesar de não haver dados comprobatórios desses índices por descaso dos sistemas governamentais em conhecer e dar visibilidade a esse público, consideram-se cumpridos tanto este propósito primeiro, quanto os demais, que em torno deste gravitam.

Conforme assinalado, procedeu-se também a realização de uma análise das práticas e saberes sexuais dos homens trans e de sua relação com a saúde no tocante às ISTs e ao HIV/AIDS. Do mesmo modo, foram explorados os significados e as questões de gênero pertinentes ao tema, explanadas as características da transexualidade atinentes à saúde dessa população, a construção da transmasculinidade e discutidos os poucos dados disponíveis sobre os índices de transmissão por ISTs e HIV/AIDS no público tema do trabalho.

Por outro lado, a principal limitação da pesquisa decorreu da pouca relevância atribuída aos indivíduos transexuais, sobretudo homens trans, nos levantamentos de dados sobre ISTs e HIV/AIDS disponíveis para coleta. Esse fato demonstra que a população trans é invisibilizada, marginalizada e reduzida a uma letra nas políticas governamentais (supostamente) de inclusão. Sendo assim, eis o que consiste no maior desafio quando se trata desse tema: pesquisar por fontes escassas e lograr êxito em oportunizar ao grupo alvo da pesquisa a notoriedade que lhe é tão cara.

Como enfermeiro, nesse momento me direciono aos profissionais da enfermagem, sobretudo ao enfermeiro, sendo esse o profissional que atende diretamente todas as populações, onde tal atendimento deve ser livre de quaisquer preconceitos e deve oferecer ao usuário a garantia de acesso a todos os serviços, métodos e suporte oferecidos pelo Ministério da Saúde. Faz-se necessário que o enfermeiro conheça as necessidades dos homens transexuais, como: Papanicolau, consultas de planejamento familiar, caso o homem trans queira engravidar, prestar uma assistência pré-natal que contemple as necessidades específicas da população, mostrar métodos de amamentação que não seja apenas o leite materno.

O presente trabalho evidenciou a carência de conhecimento dos profissionais da enfermagem no que tange as necessidades dos homens transexuais, a fragmentação do indivíduo, os preconceitos oriundos dos profissionais e a falta de humanização são uns dos motivos que impossibilitam os homens transexuais a acessarem os serviços de saúde e possivelmente pode ser um facilitador para a contaminação por uma infecção sexualmente transmissível.

Este trabalho convida, pois, a uma reflexão crítica do tratamento destinado aos transexuais na sociedade, notadamente nos ambientes de saúde, vez que este lugar de maior vulnerabilidade do ser humano deveria também ser o de maior acolhida. Assim, é necessário ao profissional da saúde olhar o paciente sob outra perspectiva – a humana– sobremaneira quando esse paciente já convive diariamente com a rejeição por ser quem é.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. S. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto-definem como lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19, 301-331. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200004>.

ALMEIDA, Julia Sousa Martins de. COSTA, Cristiane Maria Amorim. FERREIRA, Gabriela Dandara Fernandes. MARTINS, Elizabeth Rose Costa. MORAES, Paula Costa de. SPINDOLA, Thelma. Cuidar de pessoas transexuais na ótica dos residentes de enfermagem. *Revenferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2018; 26:e32030. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.32030>. Acesso em: 10 de Nov de 2020.

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2009

AMARAL, Daniela Murta. A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_amaraldaniela.pdf Acesso em: 10 de Jan de 2021.

ANDRADE, L. N. de. Travestis na escola: assujeitamento e resistência à ordem normativa .2012. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós Graduação em Educação, Fortaleza, 2012.

ARRUDA, S. CAVASIN, S. Gênero e Prevenção das DST/Aids. *Boletim N°3*, 1999.

ARÁN, Márcia. MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312009000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de Jan de 2021.

Ayres, J. R. C. M., França-Jr, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2008). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D. Czeresnia, C.M. Freitas (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.121- 143). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz

Ayres, J.R.C.M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: Lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação Saúde, Educação*, 6(11), 11-24.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Reto, L.A; Pinheiro, A. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, M.N.S. Adolescência e Aids. In: Koller SH, organizador. *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia; 2002.

BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo. 1. Fatos e mitos. 4ª edição. Difusão Européia do livro, 1970.

BEAUVOIR, S. Moral da Ambiguidade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970

BENTO, Berenice. Brincar de gênero, uma conversa com Berenice Bento. [Entrevista concedida a] Diego Madi Dias. Cadernos Pagu (43), julho-dezembro de 2014:475-497. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-8333201400430475>. Acesso em: 10 de Nov de 2020.

BEZERRA, Waldez Cavalcante. QUEIROZ, Sandra Bomfim de. SILVA, Rodrigo Gonçalves Lima Borges da. Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais. Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p364-372>. Acesso em:10 de Nov de 2020.

BIROLI, Flávia. Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. -1. ed. – São Paulo: Boitempo, 2018.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan-jul, 2005.

BRASIL.AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 4.275 DISTRITO FEDERAL. RELATOR: MIN. MARCO AURÉLIO. Data de Publicação: 01/03/2018.2018a. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI4.275VotoEF.pdf>. Acesso em: 10 de Nov de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BUTLER, Judith. El género en disputa: El feminismo y lasubversión de la identidad. Ediciones Paidós Ibérica, SA, 2007.

BUTLER, Judith . Marcos de guerra: las vidas lloradas. Buenos Aires: Paidós, 2010.

CAMPANA, Maximiliano. MISKOLCI, Richard. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. Revista Sociedade e Estado – Volume 32,

Número 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/se/v32n3/0102-6992-se-32-03-725.pdf>. Acesso em: 15 de Nov de 2020.

CARDOSO, F.L. Inversões do papel de gênero: “dragqueen”, travestismo e transexualismo. *Rev. Psicol. Reflex. Crit.*, 18(3),421-430.2005.

CARRARA, Sérgio. HEILBORN, Maria Luiza. Em cena, os homens... Dossiê masculinidade. Edição. 6 n. 2 (1998). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12013/11299>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

CECILIO, Oliveira de Carlos Luiz. AS necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Os-Sentidos-da-Integralidade-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-e-no-Cuidado-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf#page=91>.>. Acessado em: 20 de Julho de 2021.

CHERQUES, H.R.T. Saturação em pesquisa qualitativa: Estimativa empírica de dimensionamento. *Af-Revista PMKT*, n.3, p. 20-27, 2009.

CONNEL, Raewyn. Gênero em termos reais. São Paulo: In Versos; 2016. 27 p.

COSTA MB, CÂNDIDO JP, BIZERRA PL. Acolhimento no âmbito da saúde pública sob a ética de transexuais. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*. 2017;4(8).

CRONEMBERGER, Andréa; MADEIRO, Rufino; FREITAS, Andriana. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres. Disponível em: < <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400005> >. Acessado em: 20 de Julho de 2021.

DAL SANTO, A., & ZAMBENEDETTI, G. (2021). Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão bibliográfica (2013-2017). *PSI UNISC*, 5(1), 111-126. doi: 10.17058/psionisc.v5i1.14846 *PSI UNISC*, 5(1), 111-126. Santa Cruz do Sul, RS, jan./jun. 2021.

_____.Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%208727&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20uso%20do,federal%20direta%2C%20aut%C3%A1rquica%20e%20fundacional. Acesso em:10 de março de 2020.

Dia Nacional da Visibilidade Trans: entenda quais os direitos que a legislação brasileira garante a travestis e pessoas transgênero.SPM-BA - Secretaria de Políticas para Mulheres, jan/2020. Disponível em: <http://www.mulheres.ba.gov.br/2020/01/2713/Dia-Nacional-da-Visibilidade-Trans-entenda-quais-os-direitos-que-a-legislacao-brasileira-garante-a-travestis-e-pessoas-transgenero.html#:~:text=No%20dia%209%20de%20janeiro,de%202021%20para%2018%20anos..> Acesso em: 20 de Jan de 2021.

_____. Doença mental e psicologia. Tempo brasileiro. Rio de Janeiro — 1975.

_____. ELÚPCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. Revista Estudos Feministas. Florianópolis, 2012. Disponível em: cielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000200017&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 de Nov de 2020.

E.M. Denise Riley. “Summary of Preambleto Interwar Feminist History Work”, trabalho inédito, apresentado no Pembroke Center Seminar, Maio 1985, p11. Apud. SCOTT, Joan Wallach. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação e Realidade. Porto Alegre, vol. 20, n° 2, jul/de. 1995, pg 71-99.

_____. Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalências de HIV, sífilis e hepatite B e C entre travestis nos municípios de Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP. Instituição: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 2019c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/ct/na>. Acesso em: 10 de março de 2020.

_____. FIGUEIREDO, WSs. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, Romeu (org). Saúde do Homem em Destaque, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-18, 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURANO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade 2; o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Revista Paideia*, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

GALI, Rafael Alves. GIAMI, Alain. SANTOS, Manoel Antônio dos. VIEIRA, Elisabeth Meloni. Corpos Mutantes, Mulheres Intrigantes: Transexualidade e Cirurgia de Redesignação Sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Out-Dez 2013, Vol. 29 n. 4, pp. 447-457. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n4/v29n4a11>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

GOMES, R., MURTA, D.; FACCHINI, R. ; MENEGHEL, S. N. Gênero, Direitos Sexuais e suas Implicações na Saúde. *Ciencia&Saude Coletiva*, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000601997&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 de Nov de 2020.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero, sexualidade e saúde. In: Saúde, sexualidade e reprodução – compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1997, p.101 – 110.

_____. História Da Sexualidade. A Vontade de Saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 20 de Nov. de 2020.

_____. LEI Nº 13.104, DE 9 DE MARÇO DE 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm. Acesso em: 15 de Nov de 2020.

LIMA, Maria Lúcia Chaves. SORDI, Bárbara Araújo. VALENTE, Márcio Bruno Barra. Performances ou ideologia de gênero? Uma aproximação ao pensamento de Judith Butler. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 51, p., jan/jun, 2018. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.12187>. Acesso em: 15 de Nov de 2020.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Rev Saúde Coletiva, 19(1),43-63. 2009.

LOURO, Guacira Lopes. Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. Estudos feministas, 2/2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8639.pdf>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

_____. Mais de 90% da população trans já sofreu discriminação na vida. Postado: 29 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://un aids.org.br/2020/01/mais-de-90-da-populacao-trans-ja-sofreu-discriminacao-na-vida/>. Acesso em: 15 de Dez de 2020.

MARRAZZO, J. M. (2004). Barriers to infectious disease care among lesbians. Emerging Infectious Diseases, 10(11), 1974-1978. <http://doi.org/10.3201/eid1011.040467>

Shirley, K. C., Thornton L. R., Chronister, K. J., Meyer, J., Wolverton, M., Johnson, C. K., . . . Sullivan, V. (2014). Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV – Texas, 2012. Morbidity and Mortality Weekly Report, 63(10), 1-20. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6310.pdf>

MATOS, M. Reinvenções do Vínculo Amoroso. Cultura e Identidade de Gênero na Modernidade Tardia. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ. 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed.-São Paulo:Hucitec, 2014.

MISSÉ, Miguel; COLL-PLANAS, Gerald. El Género Desordenado: Críticas em torno a la PSIQWE. 2011. Disponível:<http://psiqwe.med.br/site>. Acesso em: 09 out. 2019.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático categorial: uma proposta de sistematização. Revista Enf UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

OLIVEIRA, C. Lucia Montechi Valladares de. Os primeiros tempos da psicanálise no Brasil e as teses pansexualistas na educação. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133- 154, jun. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v5n1/v5n1a10.pdf>. Acesso em 21 jun. 2020.

Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com a camisinha: Sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo: Summus Editorial.

Paiva, V. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade?. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 641-651. Palma, D.M.; Orcasita, L.T. (2017). Considerations for the design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention programas for lesbian and bisexual women. *Interface*, ahead of print Epub July 20.

PETRY, Analídia Rodolpho. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015 jun;36(2):70-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.50158>. Acesso em: 15 de Dez de 2020.

_____. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. PROJETO DE LEI do Senado nº 191, de 2017. Altera a redação do art. 2º da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha –, para assegurar à mulher as oportunidades e facilidades para viver sem violência, independentemente de sua identidade de gênero. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129598#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20Maria%20da,garantia%20de%20direitos%20%C3%A0%20mulher>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

_____. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília/DF, 2018d. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59183/pcdt_peg_2018_web_28_05_2018.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

_____. PROVIMENTO N. 73, DE 28 DE JUNHO DE 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). 2018b. Disponível em:<https://www.anoreg.org.br/site/2018/06/29/provimento-no-73-do-cnj-regulamenta-a-alteracao-de-nome-e-sexo-no-registro-civil-2/>. Acesso em: 15 de Nov de 2020.

_____. Retificação do nome para pessoas trans está mais fácil, mas continua cara. *Ponte Jornalismo*, 2020b. Disponível em: <https://ponte.org/retificacao-do-nome-para-pessoas-trans-esta-mais-facil-mas-continua-cara/#:~:text=A%20PL%203667%2F2020%20de,%2C%20intersexuais%20ou%20n%C3%A3o%20bin%C3%A1rias..> Acesso em: 20 de Jan de 2021.

ROCON, Pablo Cardozo; RODRIGUES, Alexsandro; ZAMBONI, Jésio and PEDRINI, Mateus Dias. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.8, pp.2517-2526. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>. Acesso em: 10 de Nov de 2020.

ROSA DF, CARVALHO MVF, PEREIRA NR, ROCHA NT, NEVES VR, ROSA AS. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019;72 (Supl 1):299-306. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>. Acesso em: 10 de Nov de 2020

SCHRAIBER, LB, GOMES, R, COUTO, MT. Homem e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 7-17, 2005.

SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana *et al.* Comportamento de Risco para HIV e DST entre Professores Universitários. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2010; 22(4): 199-205 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264. Disponível em <http://www.dst.uff.br/revista22-4-2010/6%20-%20Comportamento%20de%20risco%20para%20DST.pdf> Acesso em: 2/fev/2021.

Psicologia: Ciência e Profissão 2020 v. 40, e202845, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003202845> (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas Michael Augusto Souza de Lima 1 Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil. Ana Alayde Werba Saldanha 1 Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

SCOTT, Joan Wallach. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/71721/40667>. Acesso em: 10 de Nov de 2020.

SILVA, Felipe Cazeiro da. HISTÓRIAS POSIT (HIV) AS DE GAYS E PESSOAS TRANS: dos estigmas à cidadania. Natal, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27395/1/Hist%C3%B3riasposit%28HIV%29as_Silva_2019.pdf. Acesso em: 15 de Dez de 2020.

SILVA, Ivanderson Pereira da. Em busca de significados para a expressão “ideologia de gênero”. *Educ. rev.*, Belo Horizonte, v.34, e190810, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/edur/v34/1982-6621-edur-34-e190810.pdf>. Acesso em 21 jun. 2020.

SILVA RGLB, et al. Os impactos das identidades transgênero. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015 set.-dez.;26(3):364-72.

SOUSA, Tuanny Soeiro. Humano demasiado inumano: gênero, direitos humanos e discursos em disputa. Universidade Federal da Paraíba, 2020. Disponível em: <http://direitoestadosociedade.jur.puc-rio.br/media/n56a10-Humano%20demasiado%20inumado.pdf> . Acesso em: 20 de Jan de 2020.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003

BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo. 1. Fatos e mitos. 4ª edição. Difusão Europeia do livro, 1970.

_____. TJDF - Acórdão N.: 1089057. Relator: Desembargador GEORGE LOPES. 1ª TURMA CRIMINAL. Data de Julgamento: 05/04/2018. Publicado no DJE: 20/04/2018.2018c. Disponível em: <https://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

_____. TJDF - Acórdão N.: 1184804. Relator: WALDIR LEÔNICIO LOPES JÚNIOR. 3ª TURMA CRIMINAL. Data de Julgamento: 04/07/2019. Publicado no DJE: 12/07/2019. 2019a. Disponível em: https://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoId=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&controladorId=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.ControladorBuscaAcordao&visaoAnterior=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&nomeDaPagina=resultado&comando=abrirDadosDoAcordao&enderecoDoServlet=sistj&historicoDePaginas=buscaLivre&quantidadeDeRegistros=20&baseSelecionada=BASE_ACORDAO_TODAS&numeroDaUltimaPagina=1&buscaIndexada=1&mostrarPaginaSelecaoTipoResultado=false&totalHits=1&internet=1&numeroDoDocumento=1184804. Acesso em: 15 de Nov de 2020.

UNAIDS. Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil. Postado: 10 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

VASCONCELOS, Caê. Medicina transfóbica: as dificuldades do atendimento ginecológico para pessoas transcom vagina. Ponte Jornalismo, 2020a. Disponível em: <https://ponte.org/medicina-transfobica-as-dificuldades-do-atendimento-ginecologico-para-pessoas-trans-com-vagina/>. Acesso em: 15 de Dez de 2020.

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. Estudos Feministas, 2/2001. Disponível em: Acesso em: 20 de Jan de 2021

ZUCCHI EM et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. Cad.

Saúde Pública vol.34 no.7 Rio de Janeiro 2018 Epub July 23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00206617>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Quadro de Unidades de Significação

| Unidades de significação (US) | HT1 | HT2 | HT3 | HT4 | HT5 | HT6 | HT7 | HT8 | HT9 | H10 | H11 | H12 | H13 | H14 | H15 | H16 | H17 | H18 | H19 | H20 | Total de Recorrências | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|----|
| Parceiro (a) sexual fixo (a) | 02 | | 01 | 01 | 02 | | 02 | | | | 01 | | | | | | | | | 01 | 10 | |
| Não proteção na relação sexual devido à confiança pelo (a) parceiro (a) | 01 | | | | | | 01 | | 01 | | | 01 | 01 | | 01 | | | | 01 | | | 07 |
| Conhecimento sobre transmissão de IST e HIV | 01 | 01 | 02 | 03 | | 03 | 02 | 01 | | 01 | 01 | 01 | | 01 | | | | | 01 | | | 18 |
| Origem do conhecimento sobre IST/HIV | | | | | 01 | | | 01 | | | | | | | | | | | | | | 02 |
| Conhecimento sobre Prep e PEP | 01 | | 01 | 01 | 01 | 01 | | 01 | 01 | 02 | | | | | 02 | 01 | 01 | | | | 01 | 14 |
| Métodos de prevenção de IST/HIV | 01 | | 01 | | | | 01 | | 01 | | | 01 | 01 | | 01 | | | | 01 | | | 08 |
| Realização de exames para IST/HIV | 01 | | | 02 | | 03 | | | 05 | 01 | | | | | | 01 | 01 | | | | | 14 |
| Dificuldade da população Trans em se prevenir contra IST/HIV | 02 | | | 02 | 01 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | 07 |
| Medo de contrair alguma IST | 01 | | | | | | 01 | | | | | | | | | | | | | | | 02 |
| Medo de contrair HIV | 01 | | | | | | 01 | | | | 01 | | 01 | | | | | | | | | 04 |
| Promoção à saúde | | 01 | | | | | | | | | 03 | 01 | 01 | 02 | 01 | | | | 01 | | | 10 |
| Humanização e integralidade na promoção à sa | | 01 | | | | | | | | | 02 | | 01 | | 01 | 01 | | | 01 | | 01 | 08 |

APÊNDICE B - Quadro de Saturação

| Unidades de significação (US) | HT1 | HT2 | HT3 | HT4 | HT5 | HT6 | HT7 | HT8 | HT9 | H10 | H11 | H12 | H13 | H14 | H15 | H16 | H17 | H18 | H19 | H20 | Total de Ocorrências |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------|
| Parceiro (a) sexual fixo (a) | X | | x | x | x | | x | | | | x | | | | | | | | | x | 07 |
| Não proteção na relação sexual devido à confiança pelo (a) parceiro (a) | X | | | | | | x | x | x | | | x | x | | x | | | | | | 07 |
| Conhecimento sobre transmissão de IST e HIV | X | x | x | x | | x | x | x | | x | x | x | | x | | | | x | | | 12 |
| Origem do conhecimento sobre IST/HIV | | | | | X | | | x | | | | | | | | | | | | | 02 |
| Conhecimento sobre Prep e PEP | X | | x | x | x | x | | x | x | x | | | | | x | x | x | | | x | 12 |
| Métodos de prevenção de IST/HIV | X | | x | | | | | x | x | | | x | x | | x | | | | | | 07 |
| Realização de exames para IST/HIV | X | x | | x | | x | | | x | x | | | | | | x | | | | | 07 |
| Dificuldade da população Trans em se prevenir contra IST/HIV | X | | | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | 04 |
| Medo de contrair alguma IST | X | | | | | | x | | | | x | | x | | | | | | | | 04 |
| Promoção à saúde | | X | | | | | | | | | x | x | x | x | x | | | x | | | 08 |
| Humanização e integralidade na promoção à saúde | | X | | | | | | | | | x | | x | x | x | | | x | | x | 07 |
| TOTAL DE NOVOS ENUCIADOS | 09 | 1 | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

APÊNDICE C- Quadro de Unidade de Registros

| Fala / Unidades de Registro (URs) | Part. | US | Total UR |
|---|-------|------------------------------|----------|
| “...Fixo com mobilidades... são fixos... alguns fixos. São vários fixos, entendeu?” | HT1 | Parceiro (a) sexual fixo (a) | 02 |
| “...Isso, ficantes fixos... Uns três” | | | |
| “...Tem uns quatro meses que tenho parceira fixa... É né, tem quatro meses! Se eu errar...” | HT3 | | 01 |
| “... Sim, estamos juntos há 2 anos.” | HT4 | | 01 |
| “Tenho... não, não! Tô sozinho” “ Não, então... tenho uma semana que eu não transo com ninguém.” | HT5 | | 02 |
| “... Sou casado há 2 anos” “... Ah sim, já fui casado há 9 anos antes” | HT7 | | 02 |
| “5 anos? É, vai fazer 5 anos.” | H11 | | 01 |
| “Tô quase casado, quero casar, convivo já há oito anos.” | H20 | | 01 |

| | | | |
|--|-----|--|----|
| | | | |
| “... Quando é relação com pênis, eu uso camisinha. Mas com mulheres, prevenção de IST, não...” | HT1 | Métodos de prevenção de IST/HIV | 01 |
| “... Eu uso camisinha” | HT3 | | 01 |
| “... Sim, as vezes a gente usava aquele... tipo uma luvinha. Já viu? Que você coloca no dedo que tá machucado... você não sabe como tá dentro da pessoa, né? Então, mais pra se proteger mesmo.” | HT7 | | 01 |
| “... Usei preservativo” | HT9 | | 01 |
| “Sim. Usava preservativo, né?” | H12 | | 01 |
| “Não me previno...” | H13 | | 01 |
| “Uso camisinha quando transo com homens” | H8 | | 01 |
| “só camisinha...” | H15 | | 01 |
| “... Mais prevenir mesmo eu não previno não. Até porque como é que eu vou colocar camisinha, essas coisas assim.” “Acho que a gente fica meio perdido, né? Porque a gente fala de prevenção e a gente meio que se sente representando em nada disso. Fico perdido nesse assunto.” | HT6 | Dificuldade da população Trans em se prevenir contra IST/HIV | 02 |
| “... Esse projeto aí homem trans só entra se falar que dá o cu. É literalmente assim!” | HT5 | | 01 |
| “Pô, me preocupo a beça, mas, infelizmente, nossas metodologias de proteção não se preocupam com pessoas que tem vagina...” “... Ficam nessa, a camisinha feminina não protege nada além de penetração, e daí? DST você pode pegar de várias outras maneiras e a gente não tem métodos contraceptivos pensando nisso, então a gente fica meio a mercê...” | HT4 | | 02 |
| “... Quando é relação com pênis, camisinha. Mas com mulheres, prevenção de IST, não...” “... O que a gente faz é assim, vamos todo mundo checar nossas ramificações de exames? Eu checo, tu checa, todo mundo checa, é meio suspeito? É meio suspeito, mas é o que dá pra fazer assim...” | HT1 | | 02 |
| “...Eu sei que algumas são pelo contato direto com a mucosa, né, então, tipo, tesourinha é clássico...” | HT1 | Conhecimento sobre transmissão de IST e HIV | 01 |
| “...Todas são sexualmente transmissíveis...” | HT2 | | 01 |
| “... Eu sei que no caso do HIV, por exemplo, se a gente tá exposto a uma relação sexual sem preservativo...” | HT3 | | 02 |

| | | | |
|--|------|--|----|
| “...Eu sei que a Sífilis também, mas sinceramente agora para te falar eu sei que eu evito contágios por questões de coisas compartilhadas...” | | | |
| “... Eu tenho herpes labial, inclusive. A herpes eu sei que é através do contato com o sangue, não necessariamente sangue, mas através do contato de machucado com outro machucado, contato sanguíneo, não necessariamente é um corte ou então fluidos corporais, mas é em contato de mucosas.” “...Eu sei que através do sexo, mas especificamente, a maneira específica não...” “... Não é pele, é sexo tipo penetração pênis-vagina ou um corte, machucado que entrou em contato com algum fluido corporal. Enfim, mas não é um contato externo que passa HIV.” | HT4 | | 03 |
| “... Pela saliva, não é?..” “.. Pelo sexo, né? Pelo, ai gente, como é mesmo, pelo gozo também né?” | HT7 | | 02 |
| “... Encostar no líquido, até antes da relação sexual?...” “...Relação sexual, com relação desprotegida, imagino que seja isso...” “... Dividir seringas, essas coisas também. Contato sangue com sangue e líquido com líquido pega.” | HT6 | | 03 |
| “...Mas tipo, é em relação a essas coisas, tipo, não entrar em contato com sangue. Tipo..” | HT8 | | 01 |
| “...Se contrai pelo sexo...” | H10 | | 01 |
| ”Uhum. Tá. Da mulher... Tipo, falam que se tiver com uma ferida talvez no dedo, né? Você pode contrair alguma coisa... Acho que é assim.” | H11 | | 01 |
| “Por injeção, né? Pelo sangue.” | H12 | | 01 |
| “Pelo sexo, né? Pelo... ai gente, como é mesmo... Pelo gozo também, né?” | H14 | | 01 |
| “Aids... HIV Aids que é a mais falada assim, conheço a hepatite, a gonorréia também, já ouvir falar, mas eu não... pelos menos eu não conheço ninguém, assim, abertamente, falando assim, que tenha não e outras também, mas eu não lembro o nome.” | H 18 | | 01 |

| | | | |
|---|-----|---|----|
| “... Eu vi no Youtube, um vídeo no Youtube que acabava falando sobre isso...” | HT8 | Origem do conhecimento sobre IST/HIV | 01 |
| “... É porque a gente aprende na escola né, eu sendo líder do coletivo eu sei...” | HT5 | | 01 |
| “... Nós fizemos testes e eu confiei em todo mundo e confiaram também em mim...” | HT1 | Não proteção na relação sexual devido à confiança pelo (a) parceiro (a) | 01 |
| “... Não me preocupo tanto porque eu não sou de ficar com um monte de gente... Eu e minha esposa a gente leva o negócio muito a sério. A gente não tem esse negócio aberto assim...” | HT7 | | 01 |
| “...Sempre que eu tive, tive parceiras que tivemos conversas muito conscientes sobre saúde. E eu tendo essa parceira há 5 anos...” | HT9 | | 01 |
| ”Ah, não... porque eu só me relaciono com ela então...” | H11 | | 01 |
| “Ah, assim... Eu não me preocupo tanto porque eu não sou de ficar com um monte de gente... Eu e minha esposa a gente leva o negócio muito sério.” | H14 | | 01 |
| “Na verdade não é que eu fiz muita coisa ao longa da vida não, eu sempre tive relacionamentos assim duradouros, ao longo da vida eu tive cinco relacionamentos mesmo, e nada, talvez tenho só contado com a sorte e com a confiança da parceira, nunca tivemos problemas.” | H20 | | 01 |
| “... Pô, já ouvi falar, mas, mas... PREP... cara, eu já falei sobre isso... É aquele negócio que você toma pra tipo prevenir, é ... não sei se é DST, em geral ou só HIV...” | HT8 | Conhecimento sobre Prep e PEP | 01 |
| “... Já ouvi falar, mais não sei o que é..” | HT9 | | 01 |
| “... É o que você toma pra não contrair essas doenças, HIV, é tipo uma prevenção, acho que as garotas de programa... elas tomam pra se prevenir...” | HT6 | | 01 |
| “... São medicamentos que você usa para... É, para você não, acho que não reproduzir, não ter o vírus da AIDS, algo assim...” | HT5 | | 01 |
| “... Uma delas é quando você tem situações de sexo em risco e você toma o coquetel de prevenção, não é prevenção, é remediação, para não desenvolver, caso você tenha contraído e a outra é para que você não corra o risco de contrair, mas também acho um pouco agressivo...” | HT4 | | 01 |
| “... É profilaxia pós exposição, no caso pra quem já contraiu o HIV” | HT3 | | 01 |
| “... Já, a Prep é um medicamento que você toma se você vai correr algum risco de exposição pro vírus do HIV e a PEP é se você | HT1 | | 01 |

| | | | |
|---|-----|-----------------------------------|----|
| foi exposto ou suspeita que foi exposto ao vírus HIV e aí você toma depois por uns vinte dias, um negócio assim...” | | | |
| “... PREP é a prevenção da AIDS, das DSTs da vida que tem. Mas pra galera trans feminina que tem esse alto índice também. Então assim, caso de prevenção, que eu saiba.” “PEP... eu acho que é pra galera que já tem algo nela pra poder prevenir e não aumentar os índices...” | H10 | | 02 |
| “Pô, já ouvir falar, mas... PREP... Cara, eu já falei sobre isso. PREP, PREP... Ah... É... aquele negócio que você toma “pra”, tipo, prevenir, é... não sei se é DST, em geral, ou é só HIV.” “E pós. Eu acho que é “pra” tratamento, não é? É...” | H15 | | 02 |
| “Eu não sei qual é a PrEP ou a PEP, mas uma delas é quando você tem situações de sexo em risco e você toma o coquetel de prevenção, não é prevenção, é remediação, para não desenvolver, caso você tenha contraído e a outra é anterior para que você não corra risco de contrair...” | H16 | | 01 |
| “É alguma coisa relacionada a doença sexualmente transmissível.. PREP... alguma coisa relacionada a medicação do HIV, não é isso? Ao medicamento, aos remédios, não é isso? Eu ouvi alguma coisa esses dias agora, tem pouco tempo.” | H20 | | 01 |
| “É um...aquele coquetel que toma, né...quando você tem contato...não sei direito, mas o que eu sei sobre isso, é o que eu acabei de falar.” | H17 | | 01 |
| 1. “... O que a gente faz é assim, vamos todo mundo, vamos checar nossas ramificações de exames...” | HT1 | Realização de exames para IST/HIV | 01 |
| “...A gente sempre faz de HIV e eu tento fazer sempre... Também os exames de DST.” “... Eu tento fazer sempre os exames periódicos...” | HT4 | | 02 |
| “... Em vez em quando eu faço o teste rápido..” “...Geralmente estou sempre fazendo teste rápido no posto, eu já estou lá e faço | HT6 | | 03 |

| | | | |
|---|-----|-----------------------------|----|
| <p>rapidinho...”</p> <p>“... Sim, eu faço teste rápido.”</p> | | | |
| <p>“... Quando comecei a namorar a primeira coisa que a gente fez foi um exame...”</p> <p>“... Fiz o exame para saber se tinha alguma DST... foi exames de sangue...”</p> <p>“... Exames assim, aí depois veio lá o laudo... que tava tudo bem..”</p> <p>“...Não usava nenhuma proteção, pro isso que eu fiz o exame.”</p> <p>“... Então, eu fiz exame de AIDS, DST... Fiz exame de sangue e doenças sexualmente transmissíveis...”</p> | HT9 | | 05 |
| <p>“...Eu fazia exame de 3 em 3 meses, 5 meses, eu fazia um exame lá pra ver se tava tranquilo ou não, mas assim , me preocupo bastante com isso.”</p> | H10 | | 01 |
| <p>“...que a gente sempre faz de HIV e eu tento fazer sempre que eu vou fazer os exames do Daniel, que ele passa, que é trimestral, e também faz os exames de DST.”</p> | H16 | | 01 |
| <p>“Bom, procuro me relacionar menos.. (risos). E sempre faço exames pra saber como anda a saúde.”</p> | H2 | | 01 |
| <p>“...Ah eu tinha medo assim... Porque você não sabe, você pode me conhecer mas você não sabe do meu coração...”</p> | HT7 | Medo de contrair alguma IST | 01 |
| <p>“Me preocupo... passei por uma situação esses dias que fiquei apavorado..”</p> | HT1 | | 01 |
| <p>“Medo pra mim? Pra mim não.”</p> | H11 | | 01 |
| <p>“Relação sexual. Se preservar, se cuidar, ver com quem você vai ficar, se relacionar... que hoje em dia doença não tem cara e eu sou muito cuidadoso depois que eu conheci um menino que tinha AIDS e ele não me contou que eu comecei a ter mais cuidado ainda..”</p> | H13 | | 01 |
| <p>“Tem um laboratório que é pelo SUS. Ai no caso ele me dá a receita aí tem uma moça que trabalha lá que ela é conhecida do meu avô. Aí ela troca né. Porque como a receita é daqui de Niterói ela troca por uma de Maricá pra mim ai eu consigo fazer os exames.”</p> | H12 | Promoção à saúde | 01 |
| <p>“Não. Quando eu tive a necessidade de usar algo assim tipo um hospital e tal tinha o plano da minha avó que ela me botou, sabe? Pra eu</p> | H11 | | 03 |

| | | | |
|---|-----|--|----|
| <p>e meu irmão junto com o plano dela, então não era no SUS era o particular que eu usava.”</p> <p>“Eu justamente não procurava o SUS porque eu achava que era demorado. Aí eu optei pelo particular.”</p> <p>“a vacina, né? Vacina eu tomei aqui. Que é na policlínica. Da engenhoca.”</p> | | | |
| <p>“... no caso ontem porque tava aparecendo umas bolinhas no meu corpo, aí eu fiz exame com dermatologista, né... fui, fiz exame ontem de alergia que eu to com alergia porque lá em casa a gente ta bebendo água do poço, aí eu contraí um negócio da água do poço, diz ele que é um parasitazinho e agora eu to tomando uns remédios, tomei injeção e agora já to melhor, não to me coçando tanto.”</p> | H13 | | 01 |
| <p>“Hoje em dia eu tô me cuidando mas nunca fui de... Igual homem mesmo, nunca... Só uma vez no ano. Só aquele preventivo e acabou.”</p> <p>“Se eu tiver condições de aparecer algum problema eu tento ir no particular. Porque no público você vai fazer alguma coisa tipo um exame de sangue assim, você precisa com mais urgência você demora 2 ou 3 meses pra marcar. Então é muito ruim, entendeu? “</p> | H14 | | 02 |
| <p>“Eu “tava” com... Sei lá, minha garganta “tava” fechando. Daí, eu fui lá, ver o que “tava” acontecendo.”</p> | H15 | | 01 |
| <p>“Olha, quando eu busquei para a parte de transição em si eu até hoje não consegui nada, nada nem uma consulta para poder ser encaminhado para o IED, então aqui nessa parte é bem precária, mas para, vamos supor, um resfriado ou alguma coisa assim menos pior, não é tão ruim, é demorado, porque a saúde está em crise, mas eu consigo.”</p> | H18 | | 01 |
| <p>” Às vezes você procura um médico e demora muito. Por exemplo, lá eu procuro mais o particular porque às vezes marca pra daqui a 30 dias pra ser atendido. Por isso que eu recorro ao particular porque as vezes a gente não sabe o estado da gravidade. Até mesmo não é nada, mas a gente quer ter aquela</p> | H2 | | 01 |

| | | | |
|--|-----|--|----|
| certeza. Então é mais por isso mesmo. “ | | | |
| “É um...aquele coquetel que toma, né...quando você tem contato...não sei direito, mas o que eu sei sobre isso, é o que eu acabei de falar.” | H2 | Humanização e integralidade na promoção à saúde. | 01 |
| “Sim, sim, eles não questionaram nada nem a parte ali da triagem, nem os médicos, fui super bem tratado, então nessa questão, não o que reclamar não.” | H18 | | 01 |
| “É um pouco constrangedor, primeiro que tem que ser sempre só mulher, segundo que tipo assim coisas acho que básicas assim, tem que chegar, colocar tipo avental, não gosto dessas paradas assim não, eu chego, me comunico, a gente conversa o que tem que conversar.... coloca esse negócio aqui...pô... não tem condições de eu sair logo pelado não? Que eu me sinto mais natural, assim, sem ficar com muito esconderijo, porque eu vou colocar um pano depois vou ter que tirar, vai tá me descobrindo, então deixa a parada já à vista...eu sempre peço para colocar aquela paradinha assim, tem pequeno, eu explico, assim minha situação, aquilo ali me incomoda e tal, e eles me respeitam assim...” | H20 | | 01 |
| “Não, assim, nenhum deles me fez sair, mas alguns foram violentos de várias maneiras, mas não me fizeram sair. Alguns me foram violentos, alguns momentos não foram maneiros e eu senti que meu tratamento foi diferente em alguns momentos por eu ser um cara trans, mas nenhuma vez me fez sair de lá.” | H16 | | 01 |
| “É... eu já tinha cadastro na Clínica da Família. É... só que, na época que eu fiz o cadastro, eu ainda não tinha “a identidade social”. Daí, eu tive que usar meu nome de registro. Daí, o cadastro lá “tava” com o meu nome de registro. Daí, ela falou como lá tem um negócio de área. Tipo, tem atendimento para cada área. Tipo, cada dia. E a minha área era quarta-feira, sendo que eu fui numa terça. Daí... eles não podiam trocar lá, mas eles me deram o “cartãozinho do SUS” com o meu nome social.” | H15 | | 01 |

| | | | |
|--|-----|--|----|
| <p>“...aí eu fui no ginecologista, eu não tinha começado minha hormonização ainda, não tinha tinha, tinha começado, tava ainda no começo. Aí eu fui, quando eu fui na ginecologista eu fui pra me consultar, já tava preparado pra aquilo, aí eu fui só que quando eu fui ela falou assim “eu não posso atender uma pessoa que ta indo contra a natureza dela”</p> | H13 | | 01 |
| <p>“Olha... Daqui da engenhoca eu só falei o que aconteceu, ela anotou. Não pegou pra olhar nem nada. E lá também. Eles não pegaram pra olhar nem nada. Eles meio que falaram "Ah, é muscular." Aí pegou e passou.” “Não me examinaram.”</p> | H11 | | 02 |

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TECLE

Projeto: *Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro*

Pesquisadora Responsável: Cláudia Regina Santos Ribeiro

Instituição a que pertence: Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal Fluminense

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UNIRIO

Formas de contato com a pesquisadora: Telefone: (21)971975534 / Email 13cribeiro@gmail.com

Nome do(a) voluntário(a): _____

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto *Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde*, de responsabilidade da pesquisadora Cláudia Regina Santos Ribeiro. O projeto tem por objetivos conhecer e investigar as ações de saúde e de formação profissional voltadas à promoção e acesso à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos das populações LGBTI e de homens heterossexuais cisgênero. Justifica-se pela pouca produção acadêmica sobre o tema, sobretudo na região metropolitana do Rio de Janeiro, onde será desenvolvido.

Será garantida a confidencialidade das suas opiniões bem como o anonimato de todos(as) que participarem, conforme determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que regulamenta as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos. As entrevistas serão gravadas e realizadas em local acordado entre pesquisadora e participantes buscando proteger a confidencialidade e garantir o conforto físico e psicológico dos/as participantes. Os dados obtidos serão usados somente para fins de pesquisa e estarão resguardados com o uso do computador pessoal da pesquisadora, protegido por senha.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o senhor (a) terá autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir de fazê-lo a qualquer momento, podendo esse consentimento ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento ou qualquer outra penalização. Não haverá qualquer despesa ou remuneração pela participação, sendo garantido o direito a indenização caso ocorra algum dano proveniente da pesquisa.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 2629-9189

Eu, _____, declaro ter sido informado/a e concordo em participar, como voluntário/a, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, ____ de _____ de _____

(nome e assinatura do/a participante ou responsável legal)

(nome e assinatura do/a responsável por obter o consentimento)

ANEXO 2

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA- CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro.

Pesquisador: Cláudia Regina Santos Ribeiro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 10003219.6.0000.5243

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva da UFF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.043.009

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda referente ao projeto "Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro", referente à solicitação de alteração de cronograma.

Esse projeto tem como temas centrais e objetos de investigação as ações de saúde e de formação profissional voltadas à promoção do acesso, cuidado e dos direitos sexuais e reprodutivos das populações LGBTI - lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres e homens transexuais e pessoas intersexo e de homens heterossexuais cisgênero, numa perspectiva de gênero na região metropolitana do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa serão os/as profissionais de saúde de diversos níveis e tipos de atuação e usuários/as pertencentes a essas populações. O projeto justifica-se pela escassez de pesquisas, ações de saúde e investimentos em formação profissional sobre a saúde dessas populações, transformando as poucas experiências em universos pródigos para essa investigação. Seus resultados poderão colaborar para a ampliação das discussões, melhoria desses serviços de saúde e orientação de outros novos. Como opção metodológica, será

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2029-9189 **Fax:** (21)2029-9189 **E-mail:** etica.urs@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.043.589

usada a abordagem qualitativa de cunho etnográfico. E para a análise dos dados, serão usados os preceitos norteadores do método hermenêutico-dialético.

O projeto inicial foi aprovado em 08 de abril de 2019 (parecer deste CEP nº 3.250.583) e uma emenda autorizando a inclusão de membros a equipe e aumento do tamanho amostral, em 05 de abril de 2020 (parecer deste CEP nº 3.966.052).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar, conhecer e analisar ações de saúde e de educação permanente que visem a melhoria do acesso e do cuidado voltados para as mulheres heterossexuais cisgêneras e a população LGBTI na região metropolitana do RJ.

Objetivos específicos:

- a) Identificar e analisar as ações que visem a promoção da paternidade participativa e cuidadora e seus impactos na saúde dos homens, considerando as diversas possibilidades de masculinidades e paternidades;
- b) Conhecer as demandas de saúde da população trans, assim como os facilitadores e as barreiras para a sua satisfação nos serviços de saúde;
- c) Analisar os dois primeiros anos de funcionamento do Ambulatório de Saúde Trans João W. Nery;
- d) Analisar os impactos das ações de educação permanente na qualidade da atenção a essas populações e na formação dos profissionais de saúde;
- e) Produção e publicação de artigos e apresentação dos resultados de pesquisa para os/as participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco de vazamento de informações do projeto será neutralizado pelas seguintes ações: uso de gravador e computador pessoais da pesquisadora protegidos por senha. Sobre o risco de desconforto físico e emocional dos/as participantes, os locais das entrevistas serão escolhidos em comum acordo entre as partes visando a privacidade e a garantia do anonimato, assim como o horário e o dia da entrevista. Também será garantido ao/à participante a interrupção da entrevista quando bem quiser, assim como o desligamento da pesquisa respeitando as normas de pesquisa.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.net@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.043.089

Benefícios: A pesquisa poderá beneficiar os/as participantes colaborando para a melhoria dos serviços de saúde onde são atendidos e/ou exercem suas funções profissionais. Poderá também ser um canal de fala para usuários e profissionais tomarem suas demandas conhecidas, colaborando para a promoção da saúde dessas populações e melhoria dos serviços, inclusive para os profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente parecer refere-se à emenda do projeto "Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro", com o objetivo de solicitar prorrogação do prazo de execução do projeto até 31 de março de 2021.

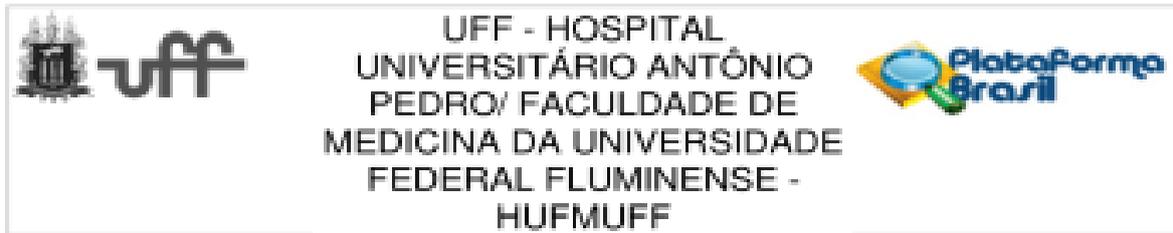
A pesquisa é bastante atual e de fácil execução e analisa as ações de saúde e educação permanente que visam a melhoria do acesso e do cuidado voltados para os homens heterossexuais cisgêneros e a população LGBTI.

Na emenda aprovada anteriormente, referente à inclusão de pesquisadores e aumento do tamanho amostral, o colegiado do presente CEP observou que, no projeto aprovado, o cronograma indicava finalização do projeto em dezembro de 2019, com a etapa de entrevistas finalizando em agosto de 2019. Dessa forma, uma vez que o projeto ainda se encontra em andamento, foi orientado que os pesquisadores apresentassem novo cronograma atualizado, solicitando prorrogação do prazo de execução do projeto em nova emenda, apresentando as justificativas cabíveis.

Na presente emenda, na seção "Justificativa da Emenda", os pesquisadores informaram: "Solicito a prorrogação do prazo de execução do projeto para 31 de Março de 2021, conforme cronograma atualizado."

Dessa forma, não foram apresentados os motivos que levaram a necessidade de alteração do cronograma, que deveriam ter sido elencados pelos próprios pesquisadores. Entretanto, considerando as informações que os pesquisadores forneceram no relatório parcial, aprovado em

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 24.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.net@id.uff.br



Continuação de Parecer: 4.043.689



ceder

21.

estar

Continuação de Parecer: 4.043.689

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|--------|
| Infraestrutura | Anuencia.pdf | 26/02/2019 10:41:50 | Cláudia Regina Santos Ribeiro | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Cartadepresentacaoprojeto.pdf | 06/01/2019 10:54:34 | Cláudia Regina Santos Ribeiro | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaRosto.pdf | 06/01/2019 10:51:35 | Cláudia Regina Santos Ribeiro | Aceito |

situação

Aceito

Aceito

Aceito

Aceito

Aceito

Aceito

Aceito

Aceito

Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITERÓI, 22 de Maio de 2020

Assinado por:
Adriana Rocha Brito
(Coordenador(a))

24 de 08

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.unt@id.uff.br

