



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

ESCOLA DE MEDICINA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**



SAULO MARCOS CARMO DOS REIS

**BARREIRAS NO CUIDADO DAS PESSOAS TRANSEXUAIS PARA
CONTINUIDADE DA HORMONIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE OURO
PRETO/MG**

OURO PRETO

2025

Saulo Marcos Carmo dos Reis

**BARREIRAS NO CUIDADO DAS PESSOAS TRANSEXUAIS PARA
CONTINUIDADE DA HORMONIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE OURO
PRETO/MG**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador: Esp. André Mendonça Henriques Diniz

Coorientadora: Esp. Letícia Gonçalves Caldeira

OURO PRETO

2025

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

R375b Reis, Saulo Marcos Carmo dos.

Barreiras no cuidado das pessoas transexuais para continuidade da hormonização na atenção primária [manuscrito]: relato de experiência em uma unidade de saúde de Ouro Preto/MG. / Saulo Marcos Carmo dos Reis. - 2025.

63 f.: il.: color., tab..

Orientador: Esp. André Mendonça Henriques Diniz.

Coorientadora: Esp. Letícia Gonçalves Caldeira.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Pessoas Transgênero. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. 4. Transfobia. 5. Continuidade da Assistência ao Paciente. 6. Política de saúde. I. Diniz, André Mendonça Henriques. II. Caldeira, Letícia Gonçalves. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM
RESIDENCIA MEDICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Saulo Marcos Carmo dos Reis

Barreiras no cuidado das pessoas transexuais para continuidade da hormonização na Atenção Primária: Relato de experiência em uma unidade de saúde de Ouro Preto/MG

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovado em 03 de fevereiro de 2025.

Membros da banca

Especialista - André Mendonça Henriques Diniz - Orientador - Prefeitura Municipal de Mariana
Especialista - Leticia Gonçalves Caldeira - Coorientadora - Prefeitura Municipal de Ouro Preto
Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Érica Soares de Oliveira - Prefeitura Municipal de Ouro Preto
Doutor - Victor Diniz Pinto - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

O médico André Mendonça Henriques Diniz, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 28 de fevereiro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 24/03/2025, às 13:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0881268** e o código CRC **45EC67E6**.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes, por justamente terem a paciência perante o processo formativo de um médico residente: com vocês eu tive um aprendizado vivo e ímpar. Cada um me cativou de uma forma especial e merecem as honras deste trabalho.

À Nayra, minha preceptora do R2, por me enriquecer academicamente ao longo deste último ano e pelo incentivo em conduzir o estudo sobre as pessoas trans da UBS Bauxita.

À Letícia, minha coorientadora, por também ser fonte inesgotável de motivação, e com quem tive a primeira oportunidade de acompanhar um atendimento voltado à hormonização de pacientes trans, bem no início da residência. Ao final da consulta, ela me entregou a bula do estrogênio que a paciente havia deixado para trás e disse: *“leva pra você, vai ser o seu objetivo de estudo”*.

Aos amigos de sempre e aos que Ouro Preto me deu: com vocês tudo fica mais leve e divertido. De modo significativo, cito o trio GLS, do qual fazem parte Karlinha e Isa, minhas companheiras nas lágrimas e nos rocks.

Ao Samuel, que além de irmão e afilhado, é também um dos melhores amigos. Mostrou ser rede de apoio desde a minha chegada em Ouro Preto, bem como a tábua de salvação nos momentos mais turbulentos. Foi com ele com quem aprendi a dividir desde sempre. Portanto, também é com ele que divido quaisquer méritos desse trabalho.

E à minha família, por ser constante local de colo e refúgio. Em especial, ao meu pai, que na dignidade do seu trabalho, é o meu maior exemplo de empatia e respeito com o próximo. Sentado em seu tamborete de madeira, ao lado do balcão do bar, utiliza técnicas de comunicação que nem imagina possuir. Talvez seja minha maior inspiração para a Medicina de Família e Comunidade. Em sua escuta ativa e perfeita, acolhe e ampara muitas minorias: modelo de humanidade e cristandade genuínas.

*Só não venha me julgar, ô ô
Pela boca que eu beijo
Pela cor da minha blusa
E a fé que eu professar
Não venha me julgar
Eu conheço o meu desejo
Este dedo que acusa
Não vai me fazer parar
Faz tempo que eu digo não
Ao velho discurso cristão
Sou Manicongo
Há duas cabeças em um coração
São tantas e uma só
Eu sou a transição
Carrego dois mundos no ombro*

*A bicha, invertida e vulgar
A voz que calou o Cis tema
A bruxa do conservador
O prazer e a dor
Fui pombogirar na Jurema*

*Eu travesti
Estou no cruzo da esquina
Pra enfrentar a chacina
Que assim se faça*

*Meu Tuiuti
Que o Brasil da terra plana
Tenha consciência humana
Xica vive na fumaça*

RESUMO

O presente estudo investiga as barreiras enfrentadas por pessoas trans na continuidade da terapia hormonal afirmativa de gênero na Atenção Primária à Saúde em uma unidade básica de saúde de Ouro Preto/Minas Gerais. Motivada pela crescente demanda por estes serviços, esta pesquisa visa compreender as dificuldades encontradas por esta população no acesso a cuidados de saúde adequados nesse cenário. Adotando uma abordagem qualitativa, o estudo se fundamenta na observação direta e na documentação das experiências de atendimentos, permitindo uma análise aprofundada das interações entre profissionais de saúde e pacientes. Os dados foram coletados entre março e dezembro de 2024, abrangendo indivíduos de 17 a 30 anos, incluindo moradores locais e estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto. Os resultados revelam barreiras significativas, como a transfobia, que se manifesta tanto em atitudes hostis quanto na falta de compreensão das necessidades específicas da população trans. A saúde mental surge como um fator crucial, pois muitos pacientes enfrentam desafios emocionais que dificultam o acompanhamento e a adesão ao cuidado. Além disso, fatores geográficos, como a localização da unidade de saúde, combinados a restrições socioeconômicas, incluindo recursos financeiros limitados, comprometem a continuidade do cuidado. A pesquisa sugere que a formação dos profissionais de saúde deve ser ampliada para incluir temas relacionados à diversidade de gênero e sexualidade, promovendo um atendimento mais sensível e inclusivo. Em conclusão, o estudo recomenda a implementação de políticas públicas que garantam o acesso contínuo à saúde para pessoas trans, com o objetivo de eliminar as barreiras identificadas e salvaguardar seus direitos. Investigações contínuas sobre o tema são essenciais para aprofundar a compreensão das experiências de saúde dessa população e desenvolver novas estratégias para melhorar o acesso e a oferta de cuidados.

Palavras chave: Pessoas Transgênero, Atenção Primária à Saúde, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde, Transfobia, Continuidade da Assistência ao Paciente, Política de saúde

ABSTRACT

The present study investigates the challenges faced by transgender individuals in ensuring the continuity of gender-affirming hormone therapy within Primary Health Care at a basic health unit in Ouro Preto, Minas Gerais. Motivated by the increasing demand for these services, this research aims to understand the obstacles encountered by this population in accessing equitable healthcare in this context. Using a qualitative approach, the study is based on direct observation and documentation of healthcare provision experiences, enabling an in-depth analysis of interactions between healthcare professionals and patients. Data were collected between March and December 2024, involving individuals aged 17 to 30, including local residents and students from the Federal University of Ouro Preto. The findings reveal significant barriers, such as transphobia, manifested in both discriminatory attitudes and a lack of understanding of the specific needs of the transgender population. Mental health emerges as a crucial factor, as many patients face emotional challenges that hinder follow-up and adherence to care. Additionally, geographic factors, such as the location of the health unit, combined with socioeconomic constraints, including limited financial resources, compromise the continuity of care. The research suggests that healthcare professionals' training should be expanded to include topics related to gender and sexual diversity, fostering more sensitive and inclusive care. In conclusion, the study recommends the implementation of public policies to ensure continuous healthcare access for transgender individuals, aiming to eliminate the identified barriers and safeguard their rights. Further research on the subject is essential to deepen the understanding of this population's healthcare experiences and develop new strategies to improve access to and healthcare provision.

Key-words: Transgender Persons, Primary Health Care, Barriers to Access of Health Services, Transphobia, Continuity of Patient Care, Health Policy

LISTA DE IMAGENS

Figura 1: Localização da UBS Bauxita (circulada em vermelho) no Morro do Cruzeiro, além da divisão dos bairros em que consta a Bauxita, a Lagoa e a Vila Aparecida..... 26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relatório de Cadastro Individual com filtro “Informações sociodemográficas - Identidade de gênero” da UBS Bauxita.....	19
Tabela 2: Relatório de procedimentos individualizados - UBS Bauxita. Período: 01/03/2024 a 26/12/2024 - Primeira parte.....	27
Tabela 3: Relatório de procedimentos individualizados - UBS Bauxita. Período: 01/03/2024 a 26/12/2024 - Segunda parte.....	28
Tabela 4: Cipionato de Testosterona.....	34
Tabela 5: Undecanoato de Testosterona.....	34
Tabela 6: Decanoato + fempropionato + propionato + isocaproato de testosterona..	35
Tabela 7: Testosterona em gel.....	35
Tabela 8: 17-betaestradiol oral.....	36
Tabela 9: Valerato de estradiol.....	37
Tabela 10: Valerato de estradiol (comprimidos isolados e associados a ciproterona)	37
Tabela 11: Estradiol adesivo.....	38
Tabela 12: 17-betaestradiol em gel.....	38
Tabela 13: Ciproterona.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
AFAB	<i>Assigned female at birth</i> (designada mulher ao nascer)
AMAB	<i>Assigned male at birth</i> (designado homem ao nascer)
Ambulatório T	Ambulatório Trans
APS	Atenção Primária à Saúde
CCLGBT	Centro de Cidadania LGBT
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
CID-11	Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão
CRA LGBT+	Centro de Referência e Acolhimento da População LGBT+
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS	Sistema Único de Saúde eletrônico
HCG	Gonadotrofina coriônica humana
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IM	Intramuscular
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros/Travestis
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros/Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais e Não-binários (Observação: O "+" incorpora outras identidades que não necessariamente se encontram nessas anteriores)
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade ou Médico/Médica de Família e Comunidade

PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PMC	Preço Máximo Consumidor
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. Objetivo Geral.....	22
3.2. Objetivos Específicos.....	22
4. MÉTODO.....	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1. O atendimento à população transexual em harmonização e a UBS Bauxita	25
5.2. Barreiras socioeconômicas.....	30
5.3. Barreiras geográficas e organizacionais.....	41
5.4. Saúde mental.....	45
5.5. Transfobia.....	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	57

1. INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080, sancionada em 19 de setembro de 1990, estabelece que a assistência à saúde é um direito de todos e dever do Estado, caracterizando-a como contínua e integrada. Esta lei institui o SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil, que possui como objetivos identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, além de assistir às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando prevenção e assistência (Brasil, 1990). Os princípios que o regem são: universalidade, que assegura o acesso dos cidadãos em todos os níveis de assistência; integralidade, que direciona os serviços de saúde a considerarem as necessidades específicas de indivíduos ou grupos; e a equidade, que busca diminuir as disparidades sociais e regionais por meio das ações e serviços em saúde. Eles orientam as políticas públicas de saúde no Brasil e são essenciais para garantir o bem-estar da população (Brasil, 1990, 2000a).

Um dos pilares do SUS é a APS (Atenção Primária à Saúde), que desempenha papel essencial na garantia do acesso universal e contínuo aos cuidados em saúde (Ministério da Saúde, 2017) e é definida como:

[...] aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (Brasil, 2000a).

A APS possui quatro atributos norteadores. O atributo Primeiro Contato promove a acessibilidade, proporcionando que a população busque os serviços a cada demanda de maneira fácil e conveniente, envolvendo tanto a disponibilidade geográfica quanto as culturais e socioeconômicas (Oliveira e Pereira, 2013). A Integralidade é outro atributo que possui como dimensões: “atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias” (Giovannella *et al.*, 2002 p. 161). É um atributo que exige que a APS reconheça e ajuste os recursos disponíveis às necessidades de saúde da população para abordá-las (Shimazaki, 2009).

Já a Coordenação do Cuidado configura como a “articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados” (Oliveira e Pereira, 2013, p.161). Por último, a Longitudinalidade se traduz na construção de relações de longo prazo entre profissionais de saúde e usuários do serviço, independente do problema de saúde ou da existência de algum, caracterizada por compreensão mútua e abordagem de outros aspectos da vida do usuário (Oliveira e Pereira, 2013; Starfield, 2002). A longitudinalidade é fortalecida pela proposta de acolhimento, estratégia que visa aprimorar o vínculo e é intimamente ligada à execução de boas habilidades comunicacionais (Oliveira e Pereira, 2013).

Para além dos atributos, uma prática ideal nos cuidados em saúde consiste no compartilhamento de decisões. O documento que orienta a política de decisões compartilhadas do sistema de saúde britânico apresenta um lema amplamente reconhecido que sintetiza essa prática: “Nenhuma decisão a meu respeito, sem a minha participação” (Collins, Fund e Coulter, 2011). A decisão compartilhada é um modelo colaborativo que envolve médicos e pacientes na escolha do tratamento, considerando as melhores evidências e as preferências do paciente. Essa abordagem não apenas aumenta a adesão ao tratamento, mas também melhora a satisfação e os resultados em saúde. Para sua implementação, é essencial que os profissionais desenvolvam habilidades de comunicação e adotem uma postura pedagógica, permitindo que os pacientes expressem suas expectativas e preocupações. Embora a prática possa demandar mais tempo nas consultas, a longo prazo, resulta em maior eficiência ao reduzir reconsultas e promover um cuidado mais efetivo e respeitoso (Umpierre e Engel, 2019).

Ainda assim, desafios significativos se impõem. A estruturação de uma rede articulada que atenda às necessidades da população de forma contínua e integrada esbarra em limitantes organizacionais e operacionais, como:

- 1) fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada; 2) valorização social/organizacional diferenciada de saberes profissionais e de serviços complementares entre si e 3) mecanismos de contrato e regulação da rede assistencial que não valorizam o território e a corresponsabilidade dos serviços (Cunha e Campos, 2011; Oliveira e Pereira, 2013). p. 962-963).

Não obstante, o financiamento ainda prioriza metas quantitativas em detrimento de uma abordagem que valorize a saúde da população como um todo. Para enfrentar esses obstáculos, o governo federal implementou a ESF (Estratégia Saúde da Família), uma proposta de reorganização da APS que constitui alternativa para o alcance dos princípios do SUS (Cunha e Campos, 2011; Oliveira e Pereira, 2013). A ESF, além de adotar esses princípios, centra-se na família e no seu contexto. Isso permite que os profissionais de saúde compreendam melhor as condições de vida da população, levando a intervenções que vão além das práticas curativas (Oliveira e Pereira, 2013).

Mesmo em um sistema de saúde universal e gratuito, que valoriza os aspectos socioculturais, algumas populações minorizadas ainda enfrentam barreiras de acesso aos serviços. Pessoas negras apresentam uma autoavaliação inferior de sua saúde e enfrentam desequilíbrios nas relações de poder durante o atendimento médico (Brasil, 2016; Gouveia, Silva e Pessoa, 2019). As pessoas em situação de rua também relutam em procurar os serviços de saúde constantemente devido ao mau atendimento e por terem experiências de acesso negado (Brasil. Ministério da Saúde, 2014; Gouveia, Silva e Pessoa, 2019). Entre os indígenas, a mortalidade infantil ainda é quase três vezes maior do que a média nacional, e mais da metade dos óbitos de bebês indígenas são provocados por doenças respiratórias, parasitárias e nutricionais (Gouveia, Silva e Pessoa, 2019). A população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros/Travestis), igualmente, enfrenta o tratamento discriminatório por parte dos profissionais de saúde, seja em hospitais ou unidades de saúde, além de práticas inadequadas, situações constrangedoras, atitudes carregadas de preconceito e até insultos verbais (Albuquerque *et al.*, 2013; Gouveia, Silva e Pessoa, 2019).

As questões de saúde da população LGBT ganharam proeminência no início da década de 1980, com o envolvimento do Ministério da Saúde na resposta à epidemia de HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). A complexidade das demandas em saúde dessa população ampliou o escopo das ações do Ministério no decorrer do tempo, por meio do amparo reivindicado pelos movimentos sociais. No ano de 2011, ficou instituída, por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013). Esta política foi aprovada pelo Conselho

Nacional de Saúde, integrando diretrizes e metas sanitárias que requerem a colaboração das secretarias estaduais e municipais, conselhos de saúde e todas as esferas do SUS, incluindo a própria sociedade civil, em que o envolvimento é imperioso para combater iniquidades e assegurar o pleno acesso à saúde para a população LGBT, promovendo um atendimento livre de discriminação e orientado por princípios ético-políticos. A política é marcada pela transversalidade que abrange áreas como pesquisa, promoção, participação social, cuidado e atenção integral (Brasil, 2013).

Dentre toda a população LGBT, a população transexual é uma das que ainda possui um baixo repertório de estatísticas relacionadas. É importante, para tanto, definir transexualidade, termo amplamente adotado pelo movimento social no país que tem equivalência à transgeneridade, conceito científico que faz referência à identidade de gênero de pessoas que não se identificam com o gênero designado ao nascer (São Paulo - SP, 2020). Junto com a travestilidade:

são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero, uma vez que estas são fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações. As normas de gênero definirão o considerado 'real', delimitando o campo no qual se pode conferir humanidade aos corpos (Bento, 2008, p. 20)

O próprio IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ainda não possui levantamentos oficiais que contemplem a identidade de gênero, por mais que em outras pesquisas tenha abordado a orientação sexual dos participantes. A ausência destes dados, inclusive, lentifica a criação e aprimoramento de políticas públicas. Desde 2023 uma nova pesquisa tem sido conduzida, a PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) que contará com uma amostra de 133 mil domicílios espalhados pelo território nacional, desta vez incluindo perguntas sobre identidade de gênero dos moradores selecionados com 18 anos ou mais. A divulgação dos resultados estava prevista para o último trimestre de 2024, mas ainda não foram divulgados (IBGE, 2023).

Um levantamento anterior de 2021 foi conduzido por pesquisadores da USP (Universidade de São Paulo) e da UNESP (Universidade Estadual Paulista) com o objetivo de estimar a proporção de pessoas que se identificam como trans e não-binárias no Brasil, uma questão que não havia sido adequadamente abordada em pesquisas anteriores na América Latina. Utilizando uma amostra representativa

de 6.000 participantes, a pesquisa adotou um desenho transversal, coletando dados sobre características sociodemográficas e identidade de gênero por meio de questionários. Os resultados revelaram que 0,69% dos participantes se identificavam como trans e 1,19% como não-binários (Spizzirri *et al.*, 2021).

A transexualidade compõe a diversidade de gênero e não deve ser considerada como transtorno mental, ainda que inadequadamente esteja incluída no capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão) (como “transexualismo”, “travestismo” ou “transtorno de identidade sexual na infância”) e no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) (Lopes Junior, Amorim e Ferron, 2019). Felizmente, na nova edição do CID-11, a Transexualidade deixa a categoria de transtornos mentais para incorporar o de “condições relacionadas à saúde sexual” e é classificada como “incongruência de gênero” (World Health Organization, 2024).

Ressalta-se que a nova resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina), 2.265/2019, atualizou as regras para o atendimento médico às pessoas transgênero:

Art. 3º A assistência médica destinada a promover atenção integral e especializada ao transgênero inclui acolhimento, acompanhamento, procedimentos clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos.

Art. 4º A atenção especializada de cuidados específicos ao transgênero de que trata esta Resolução deve contemplar o acolhimento, o acompanhamento ambulatorial, a hormonioterapia e o cuidado cirúrgico, conforme preconizado em Projeto Terapêutico Singular norteado por protocolos e diretrizes vigentes (Conselho Federal de Medicina, 2020).

Esta resolução destaca as necessidades específicas de saúde da população trans, como as cirurgias de transgenitalização e a prescrição/oferta de hormônios quando existe o desejo de transformações corporais desta forma. Esta última intervenção é chamada de hormonização (bem como terapia hormonal ou hormonioterapia - apesar destes termos serem pouco preferíveis) e é utilizada por muitas pessoas transexuais e travestis como uma forma de expressarem e serem reconhecidas dentro dos limites do gênero com o qual se identificam/preferem ser identificadas, em um processo fundamental para um alinhamento autêntico com a própria essência (Dos Santos *et al.*, 2023; São Paulo - SP, 2020).

A Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 também garante estes objetivos específicos no seu artigo 2º:

[...]

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

[...]

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

[..]

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; [...] (Ministério da Saúde, 2011).

O estudo de Spizzirri *et al.*, 2021 revelou que entre as pessoas trans, 39,5% têm ou desejam ter características corporais que pertencem ao gênero com o qual se identificam. Oitenta e cinco por cento dos homens trans e 50% das mulheres trans relataram ter sofrido com a sensação de que seu corpo não era congruente com o que sentiam. Por outro lado, cerca de 60% das pessoas trans relataram não desejar ter características corporais do gênero binário oposto ao atribuído no nascimento, talvez reforçando que nem todas as pessoas trans desejam intervenção física, seja por hormônios ou cirurgia (Spizzirri *et al.*, 2021).

Frequentemente, quem busca nos serviços de saúde o processo transexualizador já iniciou o uso de hormônios e deseja continuar, mas a dificuldade de acesso ao acompanhamento adequado leva à automedicação, com uso de hormônios em doses e métodos inadequados que trazem riscos à saúde. Oferecer esse atendimento na Atenção Primária não só facilita o cuidado seguro e adequado para essa demanda, como também possibilita atenção a outros aspectos de saúde essenciais para essa população (Dos Santos *et al.*, 2023; São Paulo - SP, 2020).

A hormonização oferecida às pessoas trans engloba tanto a prescrição de medicamentos em que a via de administração é a oral quanto a via parenteral. Além da prescrição medicamentosa, o cuidado em saúde envolve a solicitação de exames laboratoriais e a observação ativa de efeitos adversos que possam significar riscos às pessoas em hormonização (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023).

A elegibilidade para o início do processo compreende o desejo pela terapia dentro do entendimento da incongruência de gênero, sendo ela persistente e bem documentada. Entretanto, não é necessário um tempo mínimo de identidade de gênero pública. Soma-se aos critérios de elegibilidade a capacidade de tomada de decisão bem informada por meio de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), ausência de contraindicações físicas ou mentais ao tratamento e idade de no mínimo 16 anos, esta permitida conforme legislação brasileira. Dos 16 aos 18 anos, considera-se iniciar a hormonização após autorização do(s) responsável(is) (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023).

O município de Ouro Preto, localizado no estado de Minas Gerais, oferece a hormonização nas USFs (Unidades de Saúde da Família) Bauxita, Antônio Dias, Morro Santana e nos distritos de Antônio Pereira e Santa Rita de Ouro Preto, locais onde existem MFCs (Médicos de Família e Comunidade) e residentes da mesma especialidade em atuação (Lima e Nogueira, 2024). Além disso, o município possui políticas locais avançadas no que concerne à luta pelos direitos da população LGBT. No ano de 2022 foi criado o Conselho Municipal dos Direitos da População LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros/Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e o "+" que incorpora outras identidades que não necessariamente se encontram nessas anteriores) de Ouro Preto, por meio da Lei nº 1288 (Ouro Preto, 2022). No ano de 2023 as políticas municipais avançaram com a lei complementar de nº 224 de 8 de maio, criando o CRA LGBTQIAPN+ de Ouro Preto (Ouro Preto, 2023).

Considerado o segundo do estado de Minas Gerais, o CRA LGBTQIAPN+ de Ouro Preto foi inaugurado em 6 de dezembro de 2023 e representa um importante aparato público para esta população. Sua criação se justifica após estudo diagnóstico situacional no município que evidenciou a vulnerabilidade da comunidade LGBTQIAPN+. Por meio de formulário anônimo, gratuito e online, a pesquisa foi realizada em novembro de 2021, com a participação de 633 pessoas. Na busca de informações sobre a orientação sexual, a pesquisa revela que em relação à identidade de gênero, o percentual de pessoas não-cisgêneras foi de 5,2%, das quais poderiam ser pessoa não-binária (2,3%), mulher trans (1,2%), homem trans (0,8%), travesti (0,6%) e gênero fluido (0,3%). Outro dado importante deste estudo é que a população jovem (considerada até 29 anos de idade) representa 79% da

população LGBT no município. Dentre todas as respostas com relação à moradia, a maioria (29,4%) reside no bairro Bauxita. O estudo sugere a interpretação de que esta população jovem também é universitária, residindo nas proximidades do campus da UFOP (Universidade Federal de Ouro Preto) (Pinto e Silva, 2021)

Apesar de não existirem estatísticas precisas sobre transexuais no bairro Bauxita, a TAB. 1 informa dados sobre identidade de gênero na população que pertence à UBS (Unidade Básica de Saúde) do supracitado bairro e adjuntos, coletados a partir do sistema e-SUS (Sistema Único de Saúde eletrônico). Ao requisitar estes dados, foi selecionada a opção “minha equipe” no campo produção, além do filtro especializado “Informações sociodemográficas - Identidade de gênero”. Estes dados compreendem a população total cadastrada individualmente, tarefa esta que é atribuída aos ACSs (Agentes Comunitários de Saúde). Nota-se, todavia, que possivelmente o dado filtrado vem sendo ignorado nas entrevistas de cadastro. Esse dado é autodeclarado. O número absoluto de pessoas que não desejam informar identidade de gênero é grande. Isso ocorre devido à ausência de resposta para essa informação. Além disso, entre aqueles que desejaram informar, há uma grande quantidade de usuários que não se identificam com nenhuma das sete opções listadas. Possivelmente, constituem-se de dados irreais, com informações sobre transgêneros subestimadas.

Tabela 1: Relatório de Cadastro Individual com filtro “Informações sociodemográficas - Identidade de gênero” da UBS Bauxita

Informações sociodemográficas - Identidade de gênero		
Descrição		Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim	379
	Não	4772
	N. Inf	203
Homem transgênero		5
Mulher transgênero		4
Travesti		0
Homem cisgênero		3
Mulher cisgênero		7
Transgênero		0
Não-Binário		0
Outro		359

Fonte: (Ministério da Saúde, Estado de Minas Gerais e Município de Ouro Preto, 2024)

As conquistas alcançadas, contudo, enfrentam os inúmeros desafios vivenciados pelas pessoas transexuais no acesso e continuidade do cuidado em saúde, desafios que frequentemente revelam as especificidades e vulnerabilidades dessa população (Lima e Cruz, 2016). Entre os principais obstáculos de acesso encontra-se a transfobia, manifestada tanto em interações sociais quanto dentro dos próprios serviços de saúde, desencorajando as pessoas trans a buscarem os cuidados de que necessitam. Esse cenário é agravado pela falta de capacitação dos profissionais da atenção primária, que muitas vezes não possuem o preparo necessário para manejar a hormonização de forma adequada, criando um ambiente de insegurança e desinformação para os pacientes (Dos Santos *et al.*, 2023). A distribuição geográfica dos serviços transexualizadores, o diagnóstico de transexualismo como requisito para o acesso ao processo transexualizador e a falta de conhecimento sobre questões trans por profissionais de saúde também configuram como barreiras evidenciadas (Dos Santos, 2016; Rocon *et al.*, 2018).

Entretanto, para além das barreiras de acesso, se sobressaem as barreiras para continuidade do cuidado em hormonização quando as primeiras já estão sendo suplantadas. Por continuidade do cuidado, alguns artigos relativos à APS trazem

como sendo um sinônimo do atributo Longitudinalidade (Cunha e Giovanella, 2011). É um termo de definição desafiadora, em grande parte devido à ausência de um consenso, mas, sobretudo, porque a continuidade é um aspecto do cuidado que se manifesta principalmente na perspectiva do usuário, refletindo como ele vivencia a progressão de um atendimento integrado, coordenado e coeso (Utzumi *et al.*, 2018) .

Considerando, por conseguinte, os limitantes da continuidade do cuidado de um modo geral, o trabalho de Schimith *et al.* (2019) os investigou por meio de uma pesquisa qualitativa na modalidade de estudo de caso em uma USF de um município do Rio Grande do Sul. Neste estudo, notou-se falhas na organização da recepção na USF, falhas na comunicação entre equipe e usuário, absenteísmo e a implicação dos trabalhadores da USF na continuidade do cuidado (Schimith *et al.*, 2019). Todavia, a literatura não apresenta estudos que relatem sobre as barreiras da continuidade do cuidado de pacientes trans em harmonização na atenção primária.

2. JUSTIFICATIVA

Os atendimentos voltados à saúde da população trans passaram a integrar a rotina semanal do residente desde o início do segundo ano da residência médica em MFC (Medicina de Família e Comunidade), no estágio da APS, abrangendo tanto a demanda espontânea quanto as consultas programadas. Entre os cuidados ofertados, destaca-se a hormonização. A partir da condução dos casos, das discussões sob orientação e do estudo individual, foi possível identificar, ao longo do ano, os principais desafios para a continuidade da hormonização das pessoas trans atendidas na UBS Bauxita.

No entanto, ao aprofundar-se na temática, verificou-se a escassez de estudos na literatura que abordem especificamente as barreiras à continuidade do cuidado de pacientes transexuais em hormonização na atenção primária. Diante desse cenário, torna-se relevante identificar e compreender tais barreiras dentro desse contexto assistencial. Assim, este estudo foi conduzido em uma unidade de atenção primária no município de Ouro Preto, motivado tanto pela demanda por hormonização na UBS quanto pelo interesse pessoal do residente em atender pacientes transexuais nesse contexto. Além disso, o manejo adequado das demandas relacionadas à transexualidade é uma das competências esperadas para o residente de segundo ano de MFC.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar e analisar as barreiras relacionadas à continuidade do cuidado médico relativo à hormonização em pessoas transexuais na APS em uma UBS de Ouro Preto/MG.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever a experiência individual com os atendimentos em hormonização para as pessoas transexuais na UBS Bauxita
- Mapear os principais desafios relacionados à continuidade do tratamento hormonal na atenção primária.
- Analisar, por meio de uma reflexão teórica fundamentada, a experiência profissional no atendimento de pessoas trans em hormonização e as barreiras na continuidade do cuidado oferecido.

4. MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido a partir da experiência médica individual de atendimentos em saúde com pessoas transmasculinas e transfemininas que iniciavam ou acompanhavam o tratamento em hormonização, durante estágio obrigatório do segundo ano de residência médica em MFC (Medicina de Família e Comunidade) na UBS (Unidade Básica de Saúde) Bauxita, localizada no bairro Morro do Cruzeiro, na sede do município de Ouro Preto/MG.

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, confeccionado a partir dos registros de percepções dos atendimentos. Estes registros foram utilizados como base para elencar os resultados deste trabalho, que buscou compreender as barreiras na continuidade da hormonização. A observação crítica aconteceu em todas as etapas das consultas, desde o chamado às pessoas na recepção até o encerramento e reflexão final, que por vezes incluiu estudo individual ou discussão dos casos. Embora essa demanda possa ser menos frequente em outras unidades, sua alta prevalência na UBS Bauxita despertou um interesse acadêmico e formativo, estimulando a investigação e reflexão sobre o tema.

As pessoas acompanhadas na unidade que fundamentaram as considerações deste estudo abrangem tanto moradores naturais do município quanto estudantes da UFOP que se estabeleceram na cidade. Alguns pacientes não pertencem à área de cobertura da ESF, mas foram referenciados à unidade pelo CRA LGBTQ+ devido a falta de oferta do acompanhamento em hormonização nas unidades de origem. Além disso, há casos de pacientes com cadastro ativo na unidade, mas que residem em outro município, optando pelo atendimento na unidade referida devido à facilidade de obtenção de prescrições. Os atendimentos ocorreram individualmente ou com acompanhantes, sob o contexto de demanda espontânea ou agendamentos.

Um relato de experiência foi escolhido para este trabalho, já que é um método que possui como objetivo descrever situações específicas a partir da vivência individual ou de um grupo de profissionais, o que constitui de uma análise observacional qualitativa, considerando os registros de memória das percepções e reflexões sobre os atendimentos. Embora geralmente não tenha a base de uma pesquisa acadêmica formal, um relato de experiência deriva de estudos que

envolvem a aplicação de determinadas metodologias ou intervenções. As características exploratórias são fundamentais para justificar teoricamente as experiências compartilhadas, respondendo a perguntas como por que a experiência foi realizada, quando, onde, como e quem participou (Casarin e Porto, 2021)

Estes relatos são elaborados de forma detalhada, permitindo que outros profissionais compreendam a vivência descrita, numa narrativa que deve incluir informações precisas sobre o contexto, os métodos utilizados e os participantes envolvidos. Embora não necessitem de aprovação de comitê de ética, devem seguir rigorosamente a legislação vigente relacionada aos preceitos éticos (Casarin e Porto, 2021), ou seja, no presente estudo, foram preservadas as identidades e particularidades dos participantes. Ressalta-se que a produção de conhecimento científico pelos relatos de experiência traz benefícios tanto para o meio acadêmico quanto para a sociedade, pois auxilia no aprimoramento de intervenções e possibilita o desenvolvimento de novas propostas de trabalho (Mussi *et al.*, 2021).

A categorização dos resultados foi realizada a partir dos encontros clínicos e dos debates sob orientação do trabalho. A instrumentalização da pesquisa foi conduzida por meio de análise da literatura em estudos que se debruçam nessas barreiras identificadas e as correlações com os cuidados em saúde na população trans. Tem por objetivo estabelecer um diálogo entre os achados da experiência prática e os dados encontrados em estudos acadêmicos. Para isso, foram consultados artigos disponíveis em bases de dados como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *PubMed*, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico, além de manuais do Ministério da Saúde, protocolos municipais de atendimento à população trans, relatos acadêmicos, livros e sites especializados na temática. Essa análise visou contextualizar e enriquecer os resultados com referências teóricas e práticas sobre o tema.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. O atendimento à população transexual em hormonização e a UBS Bauxita

A vivência nos atendimentos de pessoas trans na UBS Bauxita evidenciou que diversos fatores influenciavam a continuidade da hormonização, tanto na sua manutenção quanto no seu abandono. As dificuldades enfrentadas pelos pacientes sugeriram uma forte relação com determinantes sociais em saúde. Essa percepção inicial despertou o interesse em aprofundar a análise sobre os desafios para a continuidade da terapia hormonal, motivando a investigação dessas barreiras. Assim, este estudo busca apresentar as experiências observadas e confrontá-las com a literatura, explorando tanto a presença quanto a ausência de estudos que abordem essas dificuldades no acesso e na adesão à hormonização.

A UBS Bauxita fica sediada no *campus* da UFOP, no Morro do Cruzeiro (conforme FIG. 1) e possui como área de abrangência os bairros Bauxita, Lagoa, Vila Itacolomy e Vila Aparecida. A equipe que compõe a unidade é formada por uma Enfermeira, uma Médica de Família e Comunidade, três técnicas em enfermagem, duas recepcionistas, sete agentes comunitárias de saúde, além de dois médicos residentes e internos do curso de medicina temporários. Conta também com apoio de equipe multiprofissional (nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga).

Figura 1: Localização da UBS Bauxita (circulada em vermelho) no Morro do Cruzeiro, além da divisão dos bairros em que consta a Bauxita, a Lagoa e a Vila Aparecida



Fonte: Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2022.

A unidade funciona com o modelo de acesso avançado, que consiste na abordagem que visa otimizar a disponibilidade de consultas e serviços, permitindo que os pacientes consigam atendimento no momento em que realmente precisam, geralmente no mesmo dia ou no dia seguinte. Essa estratégia busca reduzir filas e tempos de espera, promovendo um sistema mais responsivo às necessidades da população. O acesso avançado é caracterizado pela flexibilidade na organização das agendas dos profissionais de saúde, priorizando a resolução imediata das demandas dos pacientes e melhorando a continuidade do cuidado (Murray e Berwick, 2003). Os atendimentos ocorrem no contexto de demanda espontânea, mas também no modelo de agendamento ou consulta programada, uma vez que o acompanhamento da hormonização exige periodicidade e, por vezes, foi possível pré estabelecer a data do encontro seguinte.

A faixa etária observada foi de 17 a 30 anos, entre os meses de março e dezembro de 2024, conforme TAB. 2 e 3.

Tabela 2: Relatório de procedimentos individualizados - UBS Bauxita. Período: 01/03/2024 a 26/12/2024 - Primeira parte.

Faixa etária					
Descrição	Masc.	Fem.	Indet.	N. Inf.	Total
Menos de 01 ano	0	0	0	0	0
01 ano	0	0	0	0	0
02 anos	0	0	0	0	0
03 anos	0	0	0	0	0
04 anos	0	0	0	0	0
05 a 09 anos	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	0	0	0
15 a 19 anos	1	0	0	0	1
20 a 24 anos	6	0	0	0	6
25 a 29 anos	0	1	0	0	1
30 a 34 anos	0	0	0	0	0
35 a 39 anos	0	0	0	0	0
40 a 44 anos	0	0	0	0	0
45 a 49 anos	0	0	0	0	0
50 a 54 anos	0	0	0	0	0
55 a 59 anos	0	0	0	0	0
60 a 64 anos	0	0	0	0	0
65 a 69 anos	0	0	0	0	0
70 a 74 anos	0	0	0	0	0
75 a 79 anos	0	0	0	0	0
80 anos ou mais	0	0	0	0	0
Não informado	0	0	0	0	0
Total:	7	1	0	0	8

Fonte: Ministério da Saúde, Estado de Minas Gerais e Município de Ouro Preto, 2024.

Tabela 3: Relatório de procedimentos individualizados - UBS Bauxita. Período: 01/03/2024 a 26/12/2024 - Segunda parte.

Outros procedimentos (SIGTAP)

Descrição	Quantidade
0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	8
0303030089 - TRATAMENTO HORMONAL PREPARATÓRIO PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	1
0303030097 - TERAPIA HORMONAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	8
Total:	17

Filtros personalizados

Outros procedimentos (SIGTAP):

- 0303030097 - TERAPIA HORMONAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR
- 0303030089 - TRATAMENTO HORMONAL PREPARATÓRIO PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Fonte: Ministério da Saúde, Estado de Minas Gerais e Município de Ouro Preto, 2024.

Relatórios do e-SUS para estatísticas individuais de atendimento mostram que o procedimento “Terapia Hormonal no processo transexualizador” ocorreu em um total de oito atendimentos (sete pacientes transmaculinos e uma paciente transfeminina) no período já mencionado, conforme TAB. 2 e 3. No entanto, esta é uma estatística que também subestima o número total destes, uma vez que o código SIGTAP correspondente apenas foi dado como conhecido em momento posterior ao início do estágio na referida unidade e após o início da coleta de impressões para este estudo. Também, como explicitado anteriormente, cadastros realizados de forma equivocada podem interferir nestas estatísticas. Da mesma forma, também podem os próprios filtros fornecidos pelo relatório, uma vez que dentre “Grupos de informação disponíveis para impressão” se encontra “sexo”, não havendo clareza se este filtro refere-se ao sexo biológico ou ao gênero declarado.

Os atendimentos acontecem utilizando a abordagem do MCCP (Método Clínico Centrado na Pessoa). MCCP é um modelo de abordagem que integra a compreensão da doença ao entendimento profundo das experiências individuais de cada paciente. O método valoriza não apenas os aspectos biológicos, mas também os contextos psicológicos, sociais e emocionais envolvidos. Esse método reconhece o paciente como um ser complexo, cujas ideias, medos e expectativas são fundamentais para o processo de cuidado, buscando um equilíbrio entre o diagnóstico técnico e o respeito às particularidades da vivência pessoal com a

doença, fortalecendo assim a relação terapêutica (Freeman, 2018).

A partir das impressões registradas, foi possível identificar quatro barreiras enfrentadas por pacientes transexuais no processo de hormonização, sob a percepção individual no atendimento continuado, e elencadas da seguinte forma:

1. **Barreiras socioeconômicas:** baixa adesão à hormonização devido ao custo medicamentoso
2. **Barreiras geográficas e organizacionais:** limitantes de acesso à unidade em sua totalidade
3. **Saúde mental:** adoecimento mental como fator limitador na continuidade da hormonização
4. **Transfobia:** transfobia presente em outros aspectos da unidade, como recepção, sala de espera, território e a própria universidade.

Dois protocolos foram utilizados nos atendimentos como instrumentos de consulta a informações. O primeiro deles é: “Telecondutas: Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde, da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)”, de 2023 (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023). O outro é o “Protocolo Clínico de Hormonização de Homens e Mulheres Trans, Travestis e pessoas não-binárias de Florianópolis”, de 2023 (Florianópolis - SC, 2023). Entretanto, estes documentos não foram úteis apenas para a consulta de dados, mas também no compromisso de compartilhamento de decisões com os pacientes.

Na consulta pré-hormonização os atendimentos consistiram na avaliação clínica (anamnese, avaliação de questões de saúde mental e exame físico, incluindo aferição da pressão arterial, peso e sinais de feminilização/masculinização) e solicitação dos exames laboratoriais para monitorização e mensuração hormonal.

Em mulheres trans – em um grupo que aqui compreende travestis, pessoas transfemininas e pessoas não binárias AMAB (*Assigned male at birth*) – o protocolo da UFRGS sugere a solicitação de creatinina, potássio e prolactina. Transaminases são solicitadas em situação de risco (ex: abuso de álcool, história de hepatite ou lesão hepática) e glicemia com perfil lipídico se houver fatores de risco cardiovasculares. Já o Protocolo de Florianópolis propõe também a dosagem de

testosterona total basal e estradiol, mas dispensa a dosagem de prolactina. Este segundo foi mais utilizado nos atendimentos (Florianópolis - SC, 2023; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023).

Já em homens trans – em um grupo que aqui compreende homens trans, pessoas transmasculinas e pessoas não binárias AFAB (*Assigned female at birth*) – o protocolo da UFRGS sugere a solicitação de hemograma, testosterona total, perfil lipídico, glicemia, estradiol em situações específicas (em pessoas com sangramento uterino anormal, menstruação persistente por mais de 6 meses, dor pélvica ou distúrbios do humor), transaminases nas situações já descritas e beta-HCG (Gonadotrofina coriônica humana) conforme práticas sexuais e se suspeita de gestação. O protocolo de Florianópolis orienta, dentre as citadas pelo protocolo anterior, a dosagem de glicemia e perfil lipídico conforme necessidade de rastreio ou fatores de risco cardiovascular, apenas (Florianópolis - SC, 2023; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023).

A realização dos exames para acompanhamento da hormonização não representou um gargalo nos atendimentos, uma vez que são oferecidos gratuitamente pelo município por meio de laboratórios conveniados responsáveis pelas análises, com considerável celeridade na disponibilização de resultados. Importante ressaltar outro ponto importante quanto aos atendimentos na UBS Bauxita: de acordo com as trocas de experiências com membros da equipe que já estão na unidade há mais de 5 anos, a UBS Bauxita é modelo no cuidado dos pacientes trans em Ouro Preto e uma das que mais recebeu capacitações voltadas aos cuidados deste público no município. A razão para esse foco em educação continuada da equipe se dá, muito possivelmente, pelo fato de estar inserida no território do *campus* principal da UFOP.

5.2. Barreiras socioeconômicas

Alguns pacientes que estavam aptos a iniciar a hormonização, após avaliação, optaram por adiar o tratamento devido ao custo. Em outros casos, interromperam o uso das medicações porque a continuidade exige um investimento financeiro constante. Aqueles que conseguiram acesso por recursos próprios frequentemente encontraram dificuldade em aceitar ajustes de doses, mesmo quando indicados e desejados — como em situações de níveis hormonais séricos

insuficientes ou ausência de mudanças corporais esperadas no tempo estimado. Isso ocorreu porque o aumento da dose ou a redução do intervalo entre aplicações resultariam em maiores investimentos financeiros, tornando a hormonização ainda mais onerosa.

A realidade financeira dos pacientes em hormonização na UBS Bauxita corrobora com a dificuldade de acesso/continuidade da hormonização. Muitos dos pacientes atendidos são universitários sem renda fixa formal, contando com auxílio parental ou social. De modo a complementar a renda, envolvem-se em atividades remuneradas informais, autônomas ou em atendimento ao público em comércios do bairro, sem vínculo empregatício. Durante os atendimentos, também surgiram relatos de desemprego, traçados como justificativa para o bloqueio do início da hormonização ou acarretando na interrupção da mesma.

A base para o esquema hormonal em homens trans é a testosterona, prescrição esta regida por normas éticas, de acordo com os riscos e malefícios à saúde reconhecidos em pesquisas, o que contraindica o uso com a finalidade estética, ganho de massa muscular e melhora do desempenho esportivo, não interferindo na hormonização dos pacientes trans e transmasculinos, já que a hormonização em transgêneros é pontuada como um dos usos justificados (Conselho Federal de Medicina, 2023). Além disso, no contexto de sua prescrição, os órgãos fiscalizadores exigem que:

A receita de que trata este artigo deverá conter a identificação do profissional, o número de registro no respectivo conselho profissional (CRM ou CRO), o número do Cadastro da Pessoa Física (CPF), o endereço e telefone profissionais, além do nome, do endereço do paciente e do número do Código Internacional de Doenças (CID), devendo a mesma ficar retida no estabelecimento farmacêutico por cinco anos (Brasil, 2000b).

Dentre as opções disponíveis no mercado, podemos encontrar Cipionato de testosterona, Undecilato de testosterona, Propionato + fempropionato + isocaproato + decanoato de testosterona e Testosterona em gel. Apenas esta última possui a via transdérmica de apresentação, enquanto as restantes utilizam-se da via intramuscular.

Nos pacientes transmasculinos acompanhados na UBS Bauxita, o Decanoato + fempropionato + propionato + isocaproato de testosterona foi a opção mais comumente utilizada, justamente pelo menor custo, apesar do inconveniente dos

picos séricos hormonais que acarretam maiores variações de efeitos adversos, como as alterações de humor. Além disso, é a formulação menos preferida pela ausência de estudos de qualidade (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023).

Já no acompanhamento em hormonização de mulheres trans, utiliza-se os estrógenos: 17-betaestradiol por via transdérmica e 17-betaestradiol e valerato de estradiol em apresentação isolada (sem associação com progestágenos) por via de administração oral. A via oral é uma das mais seguras. A via transdérmica, todavia, é preferencial para pessoas com maior risco cardiovascular. As vias injetáveis não são recomendadas como primeira escolha, mas comumente são utilizadas sem prescrição médica (Florianópolis - SC, 2023).

Dentre as pacientes transfemininas acompanhadas na UBS Bauxita, a opção relatada como mais acessível no mercado para a hormonização foi a Cicloprimogyna® (valerato de estradiol + levonorgestrel). Apesar de ser uma medicação não utilizada oficialmente na hormonização de pessoas trans, surge como uma alternativa, uma vez que os blisters contém comprimidos revestidos de Valerato de estradiol isolado e comprimidos de Valerato de estradiol associados a levonorgestrel. Estes últimos são descartados e não utilizados pelas pacientes, considerando o efeito androgênico e antiestrogênicos do progestágeno.

Tanto a hormonização masculinizante quanto a feminilizante requerem encontros periódicos para monitoramento da evolução das características corporais desejadas. No primeiro ano, o seguimento clínico deve ser a cada três meses após a consulta de retorno e, a partir do segundo ano, semestral ou anual, se os alvos dos níveis hormonais forem atingidos e a pessoa estiver satisfeita com a hormonização (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023). Durante essas consultas, ajustes podem ser necessários, levando em conta a avaliação médica e o desejo do/a paciente, dentro de um processo de decisão compartilhada. Entretanto, o custo das medicações se apresenta como uma barreira significativa, pois trata-se de produtos geralmente pouco ou razoavelmente acessíveis à maior parte da população e muitos municípios não os disponibilizam de forma gratuita, sobrecarregando financeiramente os indivíduos que necessitam desses medicamentos para manter a reposição (Lima e Cruz, 2016).

É importante salientar que, mesmo nos dias atuais, indivíduos transgêneros continuam enfrentando direta ou indiretamente a marginalização e carecem de uma proteção efetiva que considere as peculiaridades e desafios presentes em suas experiências diárias. Muitos vivem em condições que dificultam sua inserção no mercado de trabalho ou o acesso a cursos de qualificação profissional (Pereira e Gomes, 2017), o que pode desfavorecer, dentre tantas nuances que lhes confeririam qualidade de vida, o custeio do tratamento hormonizador.

O trabalho de Melo *et al* (2023) analisou a percepção de situações de vulnerabilidade sofridas por pessoas transexuais. O trabalho evidenciou a suscetibilidade no que concerne à garantia de direitos fundamentais, dentre eles o acesso ao mercado de trabalho, o que dialoga com a barreira da transfobia, que será abordada também em outro tópico deste trabalho de conclusão de residência:

“Eu fui pro mercado informal e, [...] decidi trabalhar cortando cabelo a domicílio. Não era algo que eu gostava de fazer, eu fazia por necessidade e, só os amigos, as pessoas que me conheciam aceitavam.” (Melo *et al.*, 2023, p. 9).

“Eu sempre trabalhei com publicidade, [...]. E teve um cliente, que ele era cliente há muito tempo [...]. Aí simplesmente ele cancelou do nada, assim que eu comecei a transição (trans) de forma oficial. E aí, depois, eu acabei ouvindo que foi por causa disso.” (Melo *et al.*, 2023, p. 9).

Embora o direito ao trabalho seja previsto constitucionalmente, as taxas de desemprego ainda são expressivas na população brasileira. Todavia, mesmo que a população geral esteja passível a fazer parte destas estatísticas por múltiplos fatores, a população LGBTQIAPN+ possui o preconceito e a discriminação como complicadores na garantia desse direito. Mesmo profissionais bem qualificados encontram dificuldades no ingresso ou na adaptação às organizações de trabalho. Isto posto, não é incomum encontrar transexuais ou travestis que encontram na prostituição ou na marginalidade a saída para a sobrevivência (Licciardi, Waitmann e Oliveira, 2015; Melo *et al.*, 2023), sendo este, portanto, um fator intimamente ligado às necessidades básicas, incluindo a saúde como um todo e o direito a hormonização.

Após busca no site da prefeitura municipal de Ouro Preto, verificou-se ausência das medicações androgênicas (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2024) pelo REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), ou seja, no município, os homens trans em processo de hormonização precisam arcar

totalmente com os custos. Além disso, também não fazem parte da relação de medicamentos disponíveis pelo PFPB (Programa Farmácia Popular do Brasil) (Ministério da Saúde, 2024).

Valores dessas medicações androgênicas, de acordo com o PMC (Preço Máximo Consumidor) atualizados em outubro de 2024 (ANVISA, 2024), que consiste no preço a ser praticado na comercialização entre farmácias e o consumidor final, foram listados (conforme TAB 4 a 7), evidenciando como, em seus intervalos entre alíquota de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços) mínimo e máximo, estão distantes de valores considerados acessíveis.

Tabela 4: Cipionato de Testosterona

Medicamento	Descrição	Dose Inicial	Dose Máxima	Preço ICMS 0% (3 ampolas)	Preço ICMS 22% (3 ampolas)	Custo Mensal Dose Inicial (R\$)	Custo Mensal Dose Máxima (R\$)
Cipionato de testosterona	100 mg/ml, 3 ampolas de 2 ml	200 mg a cada 21 dias	200 mg a cada 14 dias	R\$ 223,88	R\$ 294,66	ICMS 0%: R\$ 106,60 ICMS 22%: R\$ 141,22	ICMS 0%: R\$ 159,91 ICMS 22%: R\$ 211,90

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 5: Undecanoato de Testosterona

Medicamento	Descrição	Dose Usual	Preço ICMS 0% (1 ampola)	Preço ICMS 22% (1 ampola)	Custo Mensal (R\$)
Undecanoato de testosterona	250 mg/ml, ampola de 4 ml (1.000 mg)	1.000 mg a cada 90 dias	R\$ 449,07	R\$ 575,73	ICMS 0%: R\$ 149,69 ICMS 22%: R\$ 191,91

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 6: Decanoato + fempropionato + propionato + isocaproato de testosterona

Medicamento	Descrição	Dose Inicial	Dose Máxima	Preço ICMS 0% (1 ampola)	Preço ICMS 22% (1 ampola)	Custo Mensal Dose Inicial (R\$)	Custo Mensal Dose Máxima (R\$)
Decanoato + fempropionato + propionato + isocaproato de testosterona	30 + 60 + 100 + 60 mg, ampola de 1 ml	250 mg a cada 21 dias	250 mg a cada 14 dias	R\$ 48,05	R\$ 61,60	ICMS 0%: R\$ 68,64 ICMS 22%: R\$ 88,29	ICMS 0%: R\$ 102,97 ICMS 22%: R\$ 132,00

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 7: Testosterona em gel

Medicamento	Descrição	Dose Inicial	Dose Máxima	Preço ICMS 0% (30 sachês)	Preço ICMS 22% (30 sachês)	Custo Mensal Dose Inicial (R\$)	Custo Mensal Dose Máxima (R\$)
Testosterona em gel a 1%	10 mg/g, gel dermatológico, 30 sachês de 5 g	25 mg (2,5 g), 1x/dia, ou 50 mg (5 g), dias alternados	100 mg (10 g), 1x/dia	R\$ 274,88	R\$ 361,80	ICMS 0%: R\$ 137,44 ICMS 22%: R\$ 180,90	ICMS 0%: R\$ 274,88 ICMS 22%: R\$ 361,80

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

As medicações estrogênicas orais e transdérmicas também não são encontradas no site da Prefeitura Municipal de Ouro Preto (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2024), nem são disponibilizadas pelo programa Farmácia Popular do Brasil (Ministério da Saúde, 2024). No município é ofertado, no contexto de contracepção/controlado menstrual o Enantato de Estradiol 10mg + Algestona acetofenida 150mg IM (Intramuscular); Valerato de Estradiol 5mg + Enantato de Noretisterona 50 mg IM; Levonorgestrel 0,15 mg + Etinilestradiol + 0,03 mg VO; Acetato de Medroxiprogesterona 25 mg/ml + Cipionato de Estradiol 5 mg/ml IM. Infelizmente, estas medicações não possuem bons efeitos na hormonização de mulheres trans pelos efeitos androgênicos e antiestrogênicos, não sendo portanto, recomendadas (Tangpricha e Safer, 2024).

A Espironolactona é a medicação antiandrogênica mais utilizada dentre as pacientes acompanhadas na UBS Bauxita. Contudo, possui desvantagem posológica na sua apresentação gratuita, uma vez que a dose inicial é de quatro comprimidos ao dia, chegando à dose máxima de doze comprimidos ao dia, o que dificulta a adesão em seu uso.

Além da estrogenização, é preferível a associação de antiandrogênicos (espironolactona ou ciproterona), sempre que possível, pois possibilitam o alcance de melhores resultados com a menor dose de estrógenos. A Ciproterona também não é uma medicação disponibilizada pela Prefeitura Municipal de Ouro Preto, nem pelo PFPB. No entanto, a Espironolactona na dose de 25 mg é a única medicação disponível tanto na lista do REMUME como pelo PFPB, uma vez que é utilizada também como tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e outras condições cardiológicas (Ministério da Saúde, 2024; Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2024).

Abaixo também listados nas TAB. 8 a 13 os estrógenos oficialmente indicados na hormonização de mulheres trans, de acordo com o PMC atualizado em outubro/2024 (ANVISA, 2024), com seus intervalos entre alíquota de ICMS mínimo e máximo, além de outros antiandrogênicos e combinações disponíveis no mercado.

Tabela 8: 17-betaestradiol oral

Medicamento	Descrição	Dose Inicial	Dose Máxima	Preço ICMS 0% (28 comprimidos)	Preço ICMS 22% (28 comprimidos)	Custo Mensal Dose Inicial (R\$)	Custo Mensal Dose Máxima (R\$)
17β-Estradiol (Estradiol bioidêntico)	1 mg, 28 comprimidos	2 mg/dia	6 mg/dia	R\$ 60,12	R\$ 77,08	ICMS 0%: R\$ 128,57 ICMS 22%: R\$ 165,43	ICMS 0%: R\$ 386,57 ICMS 22%: R\$ 496,72

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 9: Valerato de estradiol

Medicamento	Descrição	Dose Inicial	Dose Máxima	Preço ICMS 0% (menor preço do mercado)	Preço ICMS 22%	Custo Mensal Dose Inicial (R\$)	Custo Mensal Dose Máxima (R\$)
Valerato de estradiol	1 mg, 28 comprimidos	2 mg/dia	6 mg/dia	R\$ 58,92	R\$ 75,54	ICMS 0%: R\$ 126,04 ICMS 22%: R\$ 161,64	ICMS 0%: R\$ 378,26 ICMS 22%: R\$ 485,36

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 10: Valerato de estradiol (comprimidos isolados e associados a ciproterona)

Medicamento	Comprimidos por Caixa	Dose Inicial (mg/dia)	Dose Máxima (mg/dia)	Preço ICMS 0% (R\$)	Preço ICMS 22% (R\$)	Custo Mensal Dose Inicial (R\$)	Custo Mensal Dose Máxima (R\$)
Valerato de estradiol 2 mg + valerato de estradiol 2 mg com acetato de ciproterona 1 mg	21 comprimidos (10 + 11)	2 mg	6 mg	34,15	43,78	ICMS 0%: R\$ 48,71 / ICMS 22%: R\$ 62,49	ICMS 0%: R\$ 146,13 / ICMS 22%: R\$ 187,47

Fonte: autoria própria. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 11: Estradiol adesivo

Medicamento	Dosagem (µg)	Dose Inicial (2x/semana)	Dose Máxima (2x/semana)	Adesivos por Caixa	Preço ICMS 0% (R\$)	Preço ICMS 22% (R\$)	Custo Mensal Inicial (R\$)	Custo Mensal Máximo (R\$)
Estradiol adesivo transdérmico	25 µcg	25 µcg/dia, 2x por semana	200 µcg/dia, 2x por semana	8 adesivos	103,23	132,34	R\$ 103,23 - R\$ 132,34	Não se aplica
Estradiol adesivo transdérmico	50 µcg	Não se aplica	200 µcg/dia, 2x por semana	8 adesivos	120,31	154,25	Não se aplica	Não se aplica
Estradiol adesivo transdérmico	100 µcg	Não se aplica	200 µcg/dia, 2x por semana	8 adesivos	162,58	208,43	Não se aplica	R\$ 325,16 - R\$ 416,86

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 12: 17-betaestradiol em gel

Medicamento	Forma de Apresentação	Dosagem (mg)	Dose Inicial (uso diário)	Dose Máxima (uso diário)	Unidades por Embalagem	Preço ICMS 0% (R\$)	Preço ICMS 22% (R\$)
17β-estradiol em gel	Sachê	0,5 mg	0,5 mg/dia, uso tópico	2 a 4 mg/dia, uso tópico	28 sachês	41,43	53,11
17β-estradiol em gel	Sachê	1 mg	1 mg/dia, uso tópico	2 a 4 mg/dia, uso tópico	28 sachês	75,72	97,08
17β-estradiol em pump	Tubo (pump)	0,5 mg/g	2 doses/dia (1,5 mg/dia), uso tópico	4 doses/dia (3 mg/dia), uso tópico	80 g (equivalente a 53 doses de 1,5 mg)	67,59	86,65

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Tabela 13: Ciproterona

Medicamento	Dosagem (mg)	Dose Inicial (mg/dia)	Dose Máxima (mg/dia)	Comprimidos por Caixa	Preço ICMS 0% (R\$)	Preço ICMS 22% (R\$)	Custo Mensal da Dose Inicial (R\$)	Custo Mensal da Dose Máxima (R\$)
Ciproterona	50 mg	10–12,5 mg/dia	50 mg/dia	20	123,04	157,74	ICMS 0%: R\$ 46,13 / ICMS 22%: R\$ 59,16	ICMS 0%: R\$ 184,56 / ICMS 22%: R\$ 236,61

Fonte: elaborada pelo autor. Fonte dos dados: ANVISA, 2024

Maddie Deutsch, em seu capítulo *Medical Transition* do livro *“Trans bodies, trans selves: a resource for the transgender community”* (Erickson-Schroth, 2014), traz relatos de pacientes em hormonização nos Estados Unidos da América (EUA) que atestam o custo dos medicamentos como barreira de continuidade. Apesar de os EUA possuírem um sistema de saúde distinto do Brasil e muitas vezes com experiências pouco extrapoláveis, as relatadas no capítulo se assimilam, pelo menos em partes, com a realidade de pacientes trans na UBS Bauxita em Ouro Preto, que possuem acesso facilitado ao acompanhamento, mas não às medicações em si: *“Tenho seguro médico, mas a transição é do meu bolso e cobrir o tratamento tem sido um desafio financeiro, mas vou conseguir”* (Deutsch, 2014; p. 245, tradução nossa). Esta declaração demonstra que, pacientes que possuem convênio de saúde não são contemplados de forma ampla em suas demandas.

A autora também traz que, mesmo quem possui convênio em que o serviço garanta a reposição hormonal, existe exigência de copagamento final das medicações:

“Tenho seguro médico através do meu local de trabalho. Até agora, pelo menos, meus cuidados relacionados ao gênero foram tratados como qualquer outra condição médica pela minha seguradora. Eu pago franquias e uma coparticipação, e eles cobrem boa parte do resto. Mal consigo pagar minha parte de tudo isso” (Deutsch, 2014; p. 245, tradução nossa)

“Tenho seguro, mas ele não cobre a maioria das despesas relacionadas à transição. Ele cobre explicitamente a cirurgia de redesignação de gênero, então fui forçado a pagar pela minha cirurgia principal, mas outras despesas

como consultas médicas, hormônios e exames de sangue são mais uma área cinzenta e meu seguro tem permissão para rejeitar reivindicações a seu critério. Até agora, tive problemas para fazer com que eles cobrissem as consultas com o psiquiatra para ser liberado para cirurgia, hormônios, agulhas e exames de sangue.” (Deutsch, 2014; p. 245, tradução nossa)

No mesmo capítulo, a autora conta sobre pessoas trans que iniciaram o uso da medicação e cessaram o uso justamente pela impossibilidade de arcar com o custo elevado das mesmas: *“Os adesivos e géis de testosterona são muito mais caros e, com cobertura de seguro, me custavam US\$ 30 por mês, cinco anos atrás. Usei-os apenas por um curto período devido ao aumento das despesas”* (Deutsch, 2014; p. 248, tradução nossa). A barreira de continuidade também se reforça no que condiz à forma de administração da medicação, quando as preferíveis e menos invasivas são as mais dispendiosas:

“Agora estou usando creme de testosterona, mas estou prestes a mudar para injeções. Tenho uma fobia enorme de agulhas, mas quando meu seguro de saúde acabar no mês que vem, o creme será proibitivamente caro. Preciso aprender a me autoinjetar, mas estou muito nervoso” (Deutsch, 2014; p. 248, tradução nossa).

No Brasil, as limitações do SUS em atender de forma integral as diversas motivações e necessidades relacionadas à transformação corporal, influenciadas por diferentes determinantes sociais, podem corroborar com riscos de adoecimento e morte ao utilizarem hormônios sem a supervisão de profissionais de saúde, como mostra o relato de uma travesti entrevistada para estudo qualitativo na cidade de Vitória/ES: *“Eu tive várias amigas que tomaram hormônio e tiveram câncer”*. Métodos inseguros são ocasionalmente adotados na falta de alternativas hormonais acessíveis (Rocon *et al.*, 2016). Todavia, isso não deve ser interpretado como ação isolada e inconsequente, pois compõe a dinâmica concreta de estratégias de sobrevivência e resistência na sociedade (Almeida e Murta, 2013).

O estudo de Rocon, Sodré, *et al.* (2019) aborda barreiras para a hormonização no processo de cuidado em pacientes transfemininas após procedimento de transgenitalização e traz a dificuldade financeira como uma delas:

“Eu sou obrigada a tomar hormônios. Têm os injetáveis que são mais baratos, mas com o tempo dá trombose, dá câncer de mama, então, se você quiser hormônio melhor, ele fica perto de R\$ 100,00 reais o mês. [...] As pomadas são caras [...]” (Rocon, Sodré, *et al.*, 2019, p. 4).

“E creme. Eu uso um creme vaginal. [...] Uma vez na semana. Eu compro por minha conta. [...] Para mim é caro. Eu sou estagiária, então, né” (Rocon, Sodré, *et al.*, 2019, p. 4).

Estas participantes trazem a problemática da programação financeira diante da não oferta de insumos importantes para a hormonização pós-cirurgia. No entanto, as mesmas relatam que “*não é uma possibilidade real de toda a população trans*” (Rocon, Sodré, *et al.*, 2019, p. 4).

Este estudo também expõe um importante avanço em saúde pública, voltado para a equidade e universalização dos serviços prestados à população trans. Ele evidencia o esforço das secretarias estaduais no financiamento desses serviços, em contraste com a ausência de habilitação formal junto ao Ministério da Saúde (Rocon *et al.*, 2019).

A falta de disponibilização gratuita de medicamentos é uma questão que exige uma abordagem mais aprofundada e tem gerado intensos debates entre usuários, gestores e prestadores de serviços. Esses debates abrangem a necessidade de expandir o acesso aos hormônios e também de repensar o atendimento à população transexual nas UBS/ESF. Esse contexto amplia a discussão sobre os cuidados para além dos serviços especializados e ambulatoriais. Todavia, ainda traz à tona a ausência de recursos necessários para implementar as ações previstas nas políticas e iniciativas governamentais (procedimentos e insumos), que acabam não se concretizando devido à falta de previsão orçamentária para sua execução, resultando em oferta insuficiente para atender à demanda desta população (Brasil, 2013; Lima e Cruz, 2016; Rocon *et al.*, 2020).

5.3. Barreiras geográficas e organizacionais

A UBS da Bauxita recebe pacientes de diversos bairros e até de outros municípios para acompanhamento da hormonização, especialmente devido à ausência desse serviço em muitas áreas. O deslocamento pode ser um desafio para algumas pessoas, especialmente considerando o relevo acidentado da cidade de Ouro Preto e a distância entre os bairros. É uma barreira significativa para aqueles oriundos de outros territórios e que são referenciados por órgãos de apoio ou que procuram a unidade por conta própria devido à inexistência desse atendimento em suas unidades de origem. A dificuldade no deslocamento impacta diretamente a continuidade do cuidado, levando a intervalos irregulares entre as consultas e dificultando a adesão ao acompanhamento médico, o que poderia ser minimizado se a oferta ocorresse na UBS mais próxima.

Esse fenômeno também é observado entre pessoas trans residentes em outros municípios, que iniciaram o acompanhamento na UBS Bauxita e procuram a unidade durante suas estadias em Ouro Preto para obtenção de prescrições médicas. Como são usuários flutuantes, enfrentam desafios na manutenção da regularidade dos atendimentos, o que pode comprometer o seguimento clínico adequado. Uma situação excepcional observada foi a de uma paciente trans privada de liberdade, cuja assistência médica também ocorre na unidade. Neste caso, intermediários solicitam a renovação das medicações, mas a falta de encontros presenciais regulares representa um obstáculo à qualidade do cuidado prestado.

Ao destacar a geografia e a distância como barreiras à continuidade do cuidado em hormonização, torna-se crucial abordar a raiz medular dessa questão: a insuficiência de capacitação dos profissionais da atenção primária para oferecer esse tipo de assistência, que provoca a busca dos usuários por outros serviços. Magalhães (2019), em um estudo qualitativo exploratório onde realizou entrevistas semiestruturadas na UBS-Sé e no CCLGBT (Centro de Cidadania LGBT) - Luiz Carlos Ruas, ambos na região central de São Paulo, versa sobre a falta de conhecimento de conceitos correlatos ao gênero em suas diversidades, bem como sobre procedimentos e fluxos de pessoas trans quando as mesmas buscam a atenção primária. Um dos discursos presentes nas entrevistas atesta a falta de conhecimento por parte da equipe, já na recepção, o que demonstra ser um dificultador de acesso que pode levar pessoas trans a procurarem serviços ou cuidados alternativos: *“Fui com minha mãe uma vez para perguntar sobre hormonioterapia e na recepção não sabiam me informar nada. Tem cartaz sobre nome social, mas também não sabiam como fazer”* (Magalhães, 2019, p.86). Outro relato deixa explícito o quanto a capacidade técnica dos profissionais impacta diretamente na qualidade do serviço oferecido:

“Lá na zona Norte ainda há muita desinformação, sobre as questões LGBT, com relação à homossexualidade...Para mim, tudo é uma questão de informação, quando a gente tem informação, começa a entender a coisa de outro jeito...vê que não é coisa de outro mundo. Deveria ter educação para os profissionais sobre sexualidade, para entender que não está se tratando de um ET... entender o que é um transexual, eles não sabem, as pessoas não sabem” (Magalhães, 2019, p.86).

A hormonização é uma realidade para pacientes transexuais, frequentemente realizada de forma independente dos cuidados formais em saúde. Ao buscarem os

serviços de saúde, esses pacientes não apenas reivindicam o direito que lhes é garantido, mas também almejam a dignidade no cuidado. Desejam a legitimação do processo que já vivenciam, acompanhada da segurança que a assistência profissional pode proporcionar. Alguns relatos, como os da pesquisa social de cunho qualitativo de Mota *et al.* (2022) demonstram a origem de uma barreira geográfica/organizacional, mais uma vez assentada na transfobia institucionalizada (Mota *et al.*, 2022):

“Você vai atrás do que você quer, do que você acha que é certo pra você! Você quer o apoio deles [profissionais de saúde], mas eles não dão esse apoio. E o que você vai fazer? Você vai automaticamente se automedicar!” (Mota *et al.*, 2022, p. 11).

“Eu queria iniciar a transição e pensei: bom, vou tentar no meu postinho. Chegando lá eles falaram: a gente não faz nada disso aqui. O que poderíamos tentar fazer é te encaminhar, mas, pra isso, vamos ter que criar um protocolo. Depois eu entendi que criar um protocolo era achar um jeito de me enviar a outro serviço, coisa que demorou um ano, e isso porque comecei a encher o saco deles!” (Mota *et al.*, 2022, p. 12).

Considerando estes pontos, observa-se como a capacitação dos profissionais visa garantir melhor oferta de cuidados em saúde e diminuir, dentre tantas barreiras, a geográfica. O Município de São Paulo, em sua Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT, apresenta como um de seus eixos a “Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com foco na população LGBT” e, neste eixo, o tópico “Formação e Capacitação dos profissionais de saúde”. Neste tópico, alguns dos objetivos listados são: “Promover e estimular a participação dos profissionais de saúde em atividades que promovam o bem estar da população LGBT” e “Promover ações sobre a visibilidade e defesa dos direitos de pessoas travestis e transexuais no cotidiano dos serviços de saúde” (São Paulo e Prefeitura do município de São Paulo, 2014, p. 44).

Por isso, pensando em uma perspectiva de acesso que garanta não só a continuidade do cuidado em harmonização, mas também a longitudinalidade estabelecida a partir da interação médico-paciente, é que a atenção primária se reafirma como ambiente favorável. Ouro Preto possui USFs bem distribuídas, e cada uma delas possui acesso físico facilitado aos seus usuários adscritos. Entretanto, se este acesso ideal não contempla as necessidades do usuário, cria-se um limitante por aumentar o tempo de deslocamento do usuário para outras unidades/serviços.

O cenário da locomoção pela rede pode ser grosseiramente comparado com os ambulatórios especializados no atendimento a pessoas trans, geralmente vinculados a instituições de ensino e localizados em grandes centros urbanos, onde o acesso é limitado para aquelas pessoas que não têm condições de se deslocar até esses locais para realizar consultas e procedimentos. A vinculação a estes outros espaços pode ter como consequência, inclusive, o distanciamento das pessoas trans da unidade de referência próxima ao local de moradia, o que contraria também o princípio da integralidade, que assegura um cuidado que abrange desde ações preventivas até os níveis mais complexos de assistência, sempre alinhado às demandas individuais e com respeito à autonomia (Sousa, 2024).

Sobre a atenção primária, ainda é importante ressaltar que os cuidados em hormonização deveriam acontecer em toda e qualquer USF/UBS, o que minimizaria as barreiras geográficas drasticamente:

Espera-se que o profissional da APS, e principalmente o médico de família conheça melhor seus pacientes do que os especialistas focais e sejam familiarizados com os diversos aspectos da saúde, família e bem-estar de sua população. Assim, se capacitados, eles podem e devem prescrever hormônios para seus pacientes e acompanhá-los, pois estão bem equipados para entender os efeitos da terapia - incluindo quais sintomas não estão relacionados a ela. Essa continuidade e integralidade do cuidado são partes inerentes da rotina da APS (Pereira e Chazan, 2019, p. 11).

O trabalho de Thomazi, Avila e Teixeira (2022) também mostra como, em situações de centralização do cuidado de pessoas transexuais em detrimento do que poderia ser oferecido na unidade de origem, a barreira geográfica emerge consideravelmente. O estudo avaliou a implantação do Ambulatório T (Ambulatório Trans) da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre. Durante o planejamento do Ambulatório T, um grupo formado por pessoas trans e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre dedicou atenção especial à escolha da localização do serviço, priorizando uma área central da cidade com fácil acesso ao transporte público. Todavia, mesmo definido um Centro de Saúde que contemplasse a maioria dos critérios, 9,5% dos usuários entrevistados (11 pessoas) identificaram a localização como regular e para 1,7% dos usuários (2 pessoas) ela é ruim (Thomazi, Avila e Teixeira, 2022).

Melo e Brito (2021) também identificaram barreiras limitantes no cuidado de pacientes transexuais em hormonização do Ambulatório de Assistência

Especializada para Pessoas Travestis e Transgênero do Distrito Federal, vinculado ao Hospital Dia, em Brasília (DF) por meio da análise documental disponível no serviço, envolvendo 346 usuários admitidos entre 2017 e 2019. Foram identificadas 74 pessoas que interromperam a terapia hormonal e, através de busca ativa, foram investigadas as causas associadas à descontinuidade do tratamento, sendo obtidas 23 respostas. O estudo afirma que 26,1% dos pacientes que abandonaram o acompanhamento o fizeram por dificuldade devido à distância, acesso a transporte ou recursos financeiros (Melo e Brito, 2021).

Algo de grande importância para ser citado é que o cuidado em saúde dos pacientes trans em hormonização vai além da competência exclusivamente médica. Outros serviços não-médicos e multiprofissionais são essenciais para um cuidado integral, mas podem não ser facilmente acessados ou permanecerem fragmentados no itinerário pela rede na indisponibilidade ou não centralização na unidade de origem. Isso reflete uma organização própria da atenção primária e não uma limitação imposta pelas equipes que acolhem esses pacientes. Todavia, é também uma herança médico-centrada na construção do cuidado, uma vez que a assistência à saúde de pessoas transexuais no Brasil surgiu por meio de portarias que restringiam os cuidados à realização de procedimentos cirúrgicos, ou seja, cuidados médicos, como única forma de suporte (Cano-Prais *et al.*, 2022).

5.4. Saúde mental

Outro ponto identificado são os limitantes em saúde mental. Observou-se absenteísmo em consultas programadas para o acompanhamento em hormonização. Quando então procurado o serviço em demanda espontânea ou no contexto de busca ativa pelos profissionais de saúde, questões de saúde mental foram trazidas como motivos para ausência e perda de continuidade e, dentre elas, a anedonia e o retraimento social se manifestaram como sintomas relacionados à perda de continuidade. Exemplos de condições encontradas nestes pacientes são transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno afetivo bipolar e transtorno pelo uso de álcool.

A literatura é clara quando afirma que a população trans possui maior ocorrência de transtornos mentais e redução da expectativa de vida (Robles *et al.*, 2016). O sofrimento psíquico é marcado, em mulheres transexuais, por quadros

depressivos (com uma prevalência de 50% a 67%) e ansiosos, transtornos alimentares, autolesão não suicida, ideação suicida, suicídio e uso de substâncias. Este sofrimento está atrelado à baixa escolaridade e evasão escolar, pobreza, escasso suporte familiar, vivências de violência física e sexual, transfobia no ambiente de trabalho, histórico de encarceramento, transfobia internalizada, sorologia positiva para HIV e associação com trabalho sexual (Chinazzo *et al.*, 2021; Ciasca, El Khouri e Benedito, 2021; Zucchi *et al.*, 2019).

Já em homens trans, um estudo de Harvard envolvendo 150 participantes revelou uma incidência de 42,2% de sintomas de estresse pós-traumático, 25,7% de depressão nos últimos 7 dias, 31,1% de ansiedade nos últimos 7 dias e autolesão não suicida nos últimos 12 dias, com 14,7% apresentando condições concomitantes, enquanto 13,3% tinham três. Dentre os pacientes com depressão, sentimentos de solidão e menos valia foram referidos. Naqueles com ansiedade, o amedrontamento também foi citado. O estudo concluiu que os fatores relacionados com estes agravos incluem desemprego, baixa renda, baixa escolaridade, viver situações de discriminação e violência diariamente (Lima e Hercowitz, 2021; McDowell, Hughto e Reisner, 2019).

Também foi observado que há uma maior prevalência de sofrimento mental em pessoas que gostariam de iniciar o processo de transição de gênero, mas ainda não iniciaram, em paralelo a quem já transicionou (Ciasca, El Khouri e Benedito, 2021; Murad *et al.*, 2010). Algo também observado na unidade foi a amenização do sofrimento mental diante da conquista de marcos corporais, como o alcance de mudanças significativas ou cirurgias no contexto da redesignação.

Há de se ressaltar que o principal fator de risco para transtornos mentais entre pessoas trans não está relacionado diretamente à sua identidade, mas sim às experiências sociais a que estão submetidas. A rejeição de suas identidades, a dificuldade de vivenciá-las plenamente, as diversas formas de violência, a exclusão social — incluindo no âmbito dos serviços de saúde — e a marginalização são elementos centrais para essa situação de vulnerabilidade (Lima e Hercowitz, 2021; Reisner *et al.*, 2016; Robles *et al.*, 2016).

Estes resultados se assimilam com o conceito de estresse de minoria, compreendido através do preconceito em três dimensões: preconceito percebido,

antecipado e internalizado. O percebido refere-se às vivências diretas de discriminação; o internalizado, à assimilação de atitudes preconceituosas do meio, prejudicando o enfrentamento de adversidades; e o antecipado, ao medo/expectativa de rejeição futura e ao estado de vigilância. O clima social estigmatizante relaciona-se com modificações neuroendócrinas e psicológicas que acarretam em maiores chances de consequências negativas em saúde mental (Chinazzo *et al.*, 2021). Aqui, percebe-se como duas das barreiras identificadas percebidas neste trabalho se correlacionam: saúde mental e transfobia.

Assim, buscou-se na literatura trabalhos que abordassem o absenteísmo devido questões de saúde mental em pacientes transexuais em hormonização. Entretanto, não foram identificadas pesquisas que abordassem essa questão de maneira específica. Todavia, outros estudos evidenciam barreiras de saúde mental como motivos de absenteísmo nos serviços de saúde.

Um trabalho da USP investigou o absenteísmo nos serviços ambulatoriais do SUS, com foco em identificar os motivos que levam os pacientes a não comparecerem às consultas e exames. A pesquisa foi baseada em uma revisão bibliográfica que analisou 132 publicações, das quais 73 (55%) descreveram os motivos do absenteísmo. Os dados destas publicações foram coletados através de depoimentos de usuários, bancos de dados dos serviços de saúde e relatos de profissionais. Entre os motivos identificados, destacam-se os transtornos psiquiátricos, como a depressão, e a dependência química, que juntos representam 26% das causas de absenteísmo apontadas tanto por profissionais de saúde quanto pelos autores dos estudos analisados. Na revisão, os motivos apontados pelos usuários não mencionam explicitamente transtornos psiquiátricos ou dependência química. No entanto, os estudos destacaram "estar doente" e "medo" como causas significativas, que, juntas, correspondem a 33% dos relatos (Catelan, 2018).

Um estudo realizado em Los Angeles com 1.392 pacientes também identificou transtornos de humor e uso de substâncias como fatores preditores de não comparecimento a consultas agendadas, ressaltando as dificuldades frequentemente associadas a essas condições. O estudo sugere que esses fatores poderiam ser potencialmente abordados por meio de intervenções comportamentais direcionadas a pacientes com histórico de faltas recorrentes (Reid *et al.*, 2015).

Diante do exposto, observa-se que a literatura sobre o absenteísmo relacionado à saúde mental em pessoas transexuais em processo de hormonização ainda é limitada. Essa lacuna não diminui a relevância do tema, mas destaca a importância de estudos mais aprofundados e específicos. Trata-se de uma barreira que merece atenção, tanto no contexto clínico quanto na pesquisa, de forma a contribuir para a melhoria da adesão ao cuidado e para a continuidade do acompanhamento dessas pessoas.

5.5. Transfobia

A transfobia institucionalizada constitui de mais um limitante para a continuidade da hormonização em pessoas trans que demonstram ser bem acolhidas no consultório, mas enfrentam desafios significativos fora dele. Aspectos como o ambiente da recepção e da sala de espera foram observados como dificultadores, especialmente para aqueles no início do processo de hormonização. Nesse estágio, as transformações corporais ainda são graduais, e a atenção indesejada de terceiros pode gerar desconforto e constrangimento.

Embora o processo de empoderamento (promovido tanto nas consultas médicas da UBS Bauxita quanto por órgãos de apoio como o CRA LGBTQ+ de Ouro Preto) dessas pessoas contribua positivamente para o enfrentamento dessas situações, o destaque que as mudanças corporais e de vestuário atraem pode intensificar a exposição e o incômodo. Não raramente, mesmo no contexto profissional, persistem práticas inadequadas, como a insistência no uso do nome morto por alguns membros da equipe, algo observado na UBS Bauxita que permitiu a elaboração deste estudo, apesar do nome social estar devidamente registrado no sistema do e-SUS e solicitado por paciente64s no cadastro. Ademais, mesmo que não seja uma prática tão corriqueira no ambiente da referida unidade, houve relatos das pessoas trans em acompanhamento no que concerne à transfobia em outros espaços de saúde, como o desrespeito ao nome social em laboratórios de análises clínicas em painéis de chamada para atendimento. Essas experiências impactam, mesmo que indiretamente, o seguimento em hormonização dessas pessoas.

O estudo de Rocon *et al* (2018) discutiu as sugestões apresentadas por pessoas trans para garantia de acesso e promoção de ações para cuidado integral em saúde no SUS a partir de entrevistas. O trabalho elencou a transfobia e a

travestifobia como barreiras de acesso quando praticados por profissionais da saúde, nos variados estabelecimentos e níveis de atenção. O desrespeito ao nome social é uma das formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde, implicando na resistência de pessoas trans pela busca ou mesmo pela continuidade de tratamento de saúde por medo de sofrerem discriminação (Rocon *et al.*, 2018).

Rocon *et al.* (2016), ao se referirem às pessoas trans e à adoção do nome social, expõem que ele:

é tomado como significado, rótulo que estabelece limites em meio ao caos do corpo em mutação. Certamente, o nome pode assumir essa função identitária de estabelecer um ser estável em meio ao devir das experimentações, mas não é sua função primordial. O nome ou signo é, antes de tudo, outro tipo de transformação – incorporal –, que lança o corpo em outro ordenamento de mundo, outro jogo de regras, enfim, outro gênero (Rocon *et al.*, 2016, p. 2519).

Rocon, Sodré, Zamboni, Rodrigues e Roseiro (2018), em um estudo qualitativo envolvendo 15 pacientes trans, comentam que:

Transfobia e travestifobia funcionam como operadores do gênero binário na ponta dos serviços de saúde, por interditos e constructos morais que também normatizam as vidas dos profissionais que ali trabalham, produzindo assim a exclusão da população trans por meio da reprodução de tais normas na totalidade das relações que ali acontecem (Rocon *et al.*, 2018; p. 49).

Este estudo de Rocon *et al.* (2018) utilizou-se de coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas em torno do tópico: “Com base em suas experiências vividas nos serviços de saúde do seu município, de forma resumida, se você pudesse, o que mudaria, acrescentaria ou retiraria nos serviços de saúde que utiliza?”. Os relatos colhidos são marcados pelo desejo ao combate à discriminação e pela luta por respeito ao nome social como estratégia de aprimoramento da atenção de saúde à população LGBT: “Eu iria tornar o Sistema mais humanizado e facilitar o acesso ao segmento LGBT” (Rocon *et al.*, 2018; p. 50). É válido mencionar que não há dicotomia na relação entre corpo físico/biológico e linguagem/cultura, pois para as pessoas trans, as alterações na linguagem podem ter significativa importância tanto quanto as modificações corporais. Sua desvalorização enquanto particularidade da transição de gênero (adequação do nome) pode contribuir para a desumanização/exclusão do acesso aos serviços de saúde (Rocon *et al.*, 2018).

A sugestão de capacitação para todos os profissionais das unidades de saúde (não apenas aos funcionários de saúde *stricto*, mas também os trabalhadores que compõem os equipamentos de saúde – da recepção/portaria aos consultórios) demonstra que pacientes transexuais enxergam que, nos serviços, a transfobia perpassa também sobre o desconhecimento sobre os conceitos de diversidade sexual (Rocon *et al.*, 2018):

“Palestras e seminários sobre diversidade sexual para todos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde e hospitais” (Rocon *et al.*, 2018; p. 50).

“Tinha que ter mais orientação sobre a diversidade sexual e a diferença para ser mais respeitado sobre a identidade de gênero e orientação sexual. Sobre ter respeito a todas as orientações, direito igual e poder usar o nome social para todas e todos trans, feminina ou masculino, por todos os tipos de médico, enfermeiros, porteiros e recepcionistas, todos que trabalham nos locais privado e público pelo SUS” (Rocon *et al.*, 2018; p. 50).

Este conjunto de características que compõem a transfobia estrutural e institucional inopera o cuidado em saúde aos pacientes transexuais, ocasionando absenteísmo, abandono de tratamentos em andamento e de consultas agendadas, além de resistência na busca por serviços de saúde (Rocon *et al.*, 2018).

Outros pacientes entendem que as suas demandas não são contempladas em consultas que acontecem no contexto de sobrecarga na assistência geral, sugerindo um espaço protegido para si:

“Que marcasse um dia para que as travestis e trans fossem atendidas. Pois quando vamos ao médico, temos que falar muito rápido devido às pessoas que estão aguardando lá fora” (Rocon *et al.*, 2018; p. 50).

O já citado estudo de Mota *et al* (2022), que consistiu em entrevistas individuais semiestruturadas, aborda de maneira aprofundada a transfobia em sistemas de saúde e suas consequências no cuidado de pacientes transexuais. Elenca esse tipo de violência como incompatível ao acolhimento que deveria ocorrer, sendo esta uma razão para o afastamento de pacientes dos serviços, já que as interações com os profissionais de saúde ampliavam as experiências de sofrimento já presentes em diversos aspectos da vida social:

É notório observar que os processos transfóbicos experienciados pelas/os interlocutoras/es nos serviços de saúde nada mais são do que reflexo de uma sociedade que estabelece como os corpos devem se constituir socialmente. É possível identificar tal fato quando Beatriz decide não dar continuidade ao acompanhamento com profissionais de saúde devido à violência institucionalizada: *O constrangimento que eu passei, entendeu? Só eu sei o que passei! É por isso que eu desisti! Desisti! Você tenta ir certo,*

fala: eu estou aqui porque eu tomo medicamento errado e quero fazer tudo certinho! Mas não existe a atenção do outro! (Mota et al., 2022, p. 11).

O trabalho de Romano (2008) relata a experiência sobre o acolhimento das travestis no PSF (Programa Saúde da Família)-Lapa, e ao versar sobre a recepção delas na unidade, comenta que:

Logo que começaram a comparecer na nossa Unidade de Saúde, algumas esperadas reações dos profissionais da equipe surgiram: expressões de surpresa, algumas vezes de condenação, comentários sobre suas roupas, seus modos de andar, sua atitude na sala de espera, seu jeito de falar, sua aparência, seus trejeitos mais ou menos parecidos com os de uma mulher, seu corpo sempre a mostra. Ia ouvindo cada um que vinha tecer algum comentário comigo e freqüentemente tentava anular o tom jocoso que traziam, respondendo com firmeza, mas docemente, sobre a importância da presença delas no ambulatório, a partir da reafirmação do direito à saúde de todos, sem exceção (Romano, 2008, p. 217)

Com a implementação da proposta de acolhimento, pautada na tríade: 1. Garantia do acesso universal 2. Reorganização do processo de trabalho com deslocamento do eixo central do médico para a equipe multiprofissional e 3. Qualificação da relação profissional de saúde-usuário, Romano observou gradual entendimento e respeito da equipe pela dimensão do trabalho, agora mais humanizada: *"olha ontem atendi ela, dei a injeção, deu tudo certo", "elas estavam lindas, precisava ver..."* (Romano, 2008, p. 217). Também reduziu o estranhamento dos usuários cisgêneros do serviço, e isso conduziu a uma concepção do espaço da unidade, por parte das travestis, como menos hostil. O autor pontua:

No início elas não se sentavam, queriam atendimento imediato, ficavam em pé ao lado da porta de meu consultório e, na primeira oportunidade, me seguravam pelo braço pedindo: *"Me atende logo..."*, falavam alto, gesticulavam exageradamente, como reação ao estranhamento mútuo que se estabelecia na sala de espera com as pessoas que aguardavam atendimento.

[...]

Hoje as travestis do PSF-Lapa se sentam com calma, esperam sua vez para atendimento, interagem com as pessoas a sua volta na sala de espera. Apropriaram-se de seu lugar, de seu espaço, de seu direito de estar ali como qualquer outra pessoa (Romano, 2008, p. 217).

Esse desafio da transfobia também é observado na realidade do território da UBS Bauxita, em Ouro Preto, nos pacientes universitários que compartilham espaços comunitários, como o campus e as moradias/repúblicas do bairro. Nesses contextos, as interações sociais podem tanto reforçar quanto dificultar o processo de afirmação de gênero, exigindo maior sensibilidade e atenção por parte de todos os

envolvidos no cuidado, por mais que o ambiente universitário possa parecer inclusivo e protetivo. Uma vez que a universidade é contida no bairro, e a UBS localizada geograficamente no câmpus, estes contextos podem se mesclar, às vezes de forma benéfica, mas também por vezes indesejada.

Bomfim *et al* (2018) analisa a marginalização social sofrida por pessoas LGBT em ambientes estudantis na cidade de Ouro Preto. As repúblicas estudantis, chamadas de Federais, que funcionam sob normas da UFOP, exibem casos de discentes excluídos das repúblicas por não se adequarem ao perfil heterossexual e cisgênero que é esperado por partes dos outros estudantes (Bomfim, Silva e Bahia, 2018):

Vale lembrar que, apesar da república ter que justificar à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PRACE) a decisão da assembleia da república por não aceitar um candidato, não são raras as respostas em que o estudante não foi aceito com a genérica justificativa de que ele “não se adequou ao perfil da casa”, ou que “não houve afinidade com os propósitos estabelecidos pela república” (Bomfim, Silva e Bahia, 2018, p. 164).

A descoberta ou suspeita de que o indivíduo é homossexual/travesti/transgênero geralmente é um dos motivos para a justificativa de “não adequação”. O trabalho alega que o comportamento interno das moradias se justifica pela inexistência de transexuais/travestis/transgêneros e de quase nenhum homossexual (assumido), com os poucos que existem se adequando à heteronormatividade e cisgenereidade padrão (Bomfim, Silva e Bahia, 2018):

Durante os meses de fevereiro, março e início de abril - período em que fiquei na república - fui questionado, indiretamente, sobre minha sexualidade. Na primeira festa realizada dentro da casa, junto com uma república feminina, ao perceberem que não flertava com nenhuma garota, um ex-aluno que estava presente me constrangeu perguntando se eu era “viado”, já que eu não estava ficando com nenhuma mulher. Já sabendo do histórico de homofobia da casa, prontamente disse que “não”. Em seguida insistiu: “Tem certeza, Bixo, de que você não é viado?”. Ele fez isso por umas duas ou três vezes durante a festa com as garotas. Fiquei assustado e com medo de me mandarem ir embora e comecei a dançar com as garotas da festa [...] Relato de A.H, estudante de pós-graduação da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP ao Ministério Público Federal – MPF (Bomfim, Silva e Bahia, 2018, p. 171-172).

Estas observações reforçam que as repúblicas podem ser consideradas instituições machistas que reproduzem a discriminação dentro de um espaço que deveria ser público e democrático, salientando a opressão sofrida por minorias sexuais na sociedade brasileira – assim como acontece, de forma sutil ou dissimulada, nas unidades de saúde.

Fora do contexto brasileiro, mas ainda se tratando de motivos que levam à evasão de pacientes transexuais dos serviços de saúde, um estudo transversal argentino descobriu que aproximadamente 40% das mulheres trans que participaram da pesquisa relataram evitar cuidados de saúde por causa de sua identidade transgênero. Dentre os relatos, as mesmas trouxeram o estigma internalizado e episódios de discriminação sofridos por profissionais de saúde ou pacientes nos serviços (Socías *et al.*, 2014), o que compromete a continuidade e a longitudinalidade que poderia ser construída.

Pois bem, em se tratando de transfobia institucional, há de ser feita uma crítica no que concerne às políticas públicas. Conforme explicitado por Mello *et al.*, (2011), a ausência ou escassez de previsão orçamentária para execução das iniciativas e planos voltadas para a população LGBT configuram em muitos setores, desde cidadania à saúde, como um “conjunto de boas intenções” (Mello *et al.*, 2011). A fragilidade da implementação efetiva dessas políticas pode ser considerada uma transfobia velada, que se sustenta em uma cultura enraizada nos princípios cisgêneros e heteronormativos, assim como é consequência de entraves nas relações entre as esferas governamentais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender as barreiras enfrentadas por pessoas trans para a continuidade da hormonização na atenção primária à saúde por meio da experiência na UBS Bauxita. A partir da análise realizada, foram identificados desafios significativos, como a transfobia, a saúde mental, a organização da rede/disposição geográfica e a condição socioeconômica dos usuários. Essas barreiras comprometem diretamente a adesão ao tratamento hormonal e a experiência dessas pessoas no SUS.

Ao esmiuçar os estudos de base desse TCR (Trabalho de Conclusão de Residência), percebeu-se que a transfobia, em suas vertentes cultural e institucional, precede todas as outras barreiras. Ela funciona como origem primordial de muitas das questões levantadas. Por mais que exista um movimento nacional, ainda que ínfimo, de despatologização da transexualidade para além do discurso biomédico, é importante ponderar que “Despatologizar tão somente, sem ter as condições de manutenção/ampliação do acesso ao SUS em perspectiva é avançar em direção ao passado, reiterando a histórica exclusão deste público dos modelos de atenção em saúde disponíveis” (Almeida e Murta, 2013, p. 404).

O trabalho é relevante pelo tema abordado – ainda muito negligenciado – dado o impacto direto dessas barreiras na saúde e na qualidade de vida das pessoas trans. A utilização de uma abordagem qualitativa permitiu compreender as experiências e vivências desses indivíduos, trazendo à tona aspectos pouco discutidos na literatura. Além disso, contribui para ampliar o debate sobre a inclusão da população trans no SUS, promovendo uma reflexão sobre as particularidades das demandas e do cuidado oferecido *in loco*, com algumas considerações sobre a realidade do município de Ouro Preto.

No entanto, também apresenta limitações. A restrição no tamanho da amostra dificulta a generalização dos resultados. Além disso, o caráter observacional e subjetivo, traçado a partir da experiência profissional, impede o alcance de informações possivelmente essenciais. A falta de dados quantitativos complementares também constitui um obstáculo. A dificuldade no acesso a fontes de dados, quer seja pela inexistência/irregularidade, quer pela incerteza de

veracidade, representou um desafio na caracterização adequada da população em estudo.

Para futuras pesquisas, sugere-se a expansão para todas as unidades de saúde do município, com um novo delineamento metodológico que permita maior robustez para os resultados quantitativos – assim como maior detalhamento para os resultados qualitativos. Uma abordagem mista, com coleta de informações dos usuários, poderia fornecer uma visão mais abrangente sobre os fenômenos observados. Adicionalmente, estudos longitudinais também compreenderiam mais amplamente os fatores que influenciam a adesão ou a interrupção da hormonização no decurso do tempo.

Os resultados e a discussão destacam o protagonismo do profissional MFC (Médico de Família e Comunidade) no cuidado de pacientes transexuais, uma vez que esse profissional, na essência das especialidades médicas, é o mais capacitado para lidar com as particularidades da população LGBTQIA+. No cenário da especialidade, é essencial comentar sobre o papel da residência médica em MFC, que proporciona uma experiência prática aprofundada em um aprendizado bilateral e compartilhado com os pacientes, superando as lacunas da formação médica. Em Ouro Preto, o programa de residência médica em MFC existe desde 2013, e, em 2015, um residente ativista dos direitos sexuais de corpos dissidentes se posicionou sobre a temática trans. Ele apontou que as discussões eram restritas aos casos atendidos durante a formação, ocorrendo de forma superficial e com foco em conteúdos inadequados, desconsiderando elementos fundamentais. O desconforto gerado por sua manifestação foi crucial para a reformulação do conteúdo curricular, incluindo questões de gênero (Cano-Prais *et al.*, 2022).

Como consequência dessa transformação, em 2017 houve um espaço para ampliação do debate no Encontro Mineiro de MFC, sediado na UFOP, bem como no Seminário da Residência de MFC em 2019. Projetos de extensão também foram elaborados e tiveram um papel decisivo nas práticas de cuidado na rede de saúde de Ouro Preto. Equipes com médicos residentes tornaram-se referência no acesso à saúde trans, além de serem realizadas abordagens educativas com os profissionais das UBSs do município (Cano-Prais *et al.*, 2022). Essa sequência temporal instiga ainda mais a valorização desta pauta e deve estimular esses debates e estudos,

desde novos seminários acadêmicos – incluindo o curso de medicina da UFOP – até o desenvolvimento de novas pesquisas.

Contudo, considerando a presença incompleta de médicos de família e comunidade ou mesmo de outros profissionais capacitados para o atendimento de pacientes transexuais que desejam a hormonização na APS, ainda é importante eleger/institucionalizar unidades de referência que possam desburocratizar e descomplicar o acesso e a continuidade do tratamento, além de reduzir a invisibilidade desses pacientes na rede. Isso já vem sendo conquistado com as recentes políticas municipais.

Adicionalmente, é imprescindível investir na capacitação de profissionais de saúde, tanto na divulgação dos direitos das pessoas transexuais quanto na promoção da hormonização. Do mesmo modo, atualizações periódicas e a implementação de protocolos municipais que contemplem as necessidades específicas dessa população são fundamentais. Políticas públicas que incluam a oferta de medicamentos hormonais também poderão diminuir as barreiras socioeconômicas, como o exemplo da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que fornece para os usuários do sistema medicamentos como 17-betaestradiol transdérmico (gel), Valerato de estradiol oral, Acetato de Ciproterona oral e Undecilato de testosterona injetável (Florianópolis - SC, 2023). Intervenções efetivas são necessárias para que a indiferença às necessidades da população trans não se perpetue *ad infinitum*.

A passos lentos, mas significativos, a oferta e a continuidade do cuidado vêm se tornando cada vez mais potentes. É importante sublinhar que toda e qualquer abordagem em hormonização com pacientes transexuais não se limita à rigidez dos protocolos e diretrizes. Cada oportunidade de encontro respeita a singularidade do paciente e personalização da relação construída, além de considerar as estratégias disponíveis. A constância é, possivelmente, a característica ideal para que, enquanto sociedade, possamos fazer ruir as fortalezas da exclusão: “Talvez, esse caminho, cheio de pedras e desvios, seja uma via para a construção de um SUS mais equânime e democrático” (Cano-Prais *et al.*, 2022, p. 98).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A.; GARCIA, C. DE L.; ALVES, M. J. H.; QUEIROZ, C. M. H. T. DE; ADAMI, F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 516–524, set. 2013.
- ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 14, p. 380–407, ago. 2013.
- ANVISA. **Preços máximos de medicamentos por princípio ativo**, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>>. Acesso em: 10 out. 2024
- BENTO, B. A. DE M. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BOMFIM, R.; SILVA, J. DE P. B. DA; BAHIA, A. G. M. F. DE M. População LGBTI, repúblicas e a institucionalização do preconceito na cidade de Ouro Preto : a violência como prática para aqueles tidos como “outros”. **Revista de Direito da Faculdade Guanambi**, v. 5, n. 2, p. 156–179, 2018.
- BRASIL. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. . 1990.
- _____. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**. Brasília: Secretaria Executiva, 2000a.
- _____. Lei nº 9.965 de 27 de abril de 2000. Restringe a venda de esteróides ou peptídeos anabolizantes e dá outras providências. . 27 abr. 2000 b.
- _____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa., 2013.
- _____. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social., 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CANO-PRAIS, H. A.; REIS, G. V. L.; PEREIRA, R. P. A.; COSTA-VAL, A.; DESLANDES, K. Deslocando os saberes sobre as experiências trans em uma instituição pública de formação médica. *Em*: VAL, A. C.; DESLANDES, K. (Eds.). . **Cuidados que transformam: aprendizagens na atenção à saúde de pessoas trans e travestis em Minas Gerais**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. .
- CASARIN, S. T.; PORTO, A. R. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas

considerações / Experience Report and Case Study: some considerations. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 4, 22 nov. 2021.

CATELAN, D. **Absenteísmo no serviço ambulatorial do SUS: estratégias e perspectivas das equipes de saúde na rede pública do Departamento Regional de Saúde II – Araçatuba-SP 2011-2017**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

CHINAZZO, Í. R.; LOBATO, M. I. R.; NARDI, H. C.; KOLLER, S. H.; SAADEH, A.; COSTA, A. B. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5045–5056, 15 nov. 2021.

CIASCA, S. V.; EL KHOURI, J. K.; BENEDITO, L. A. P. Mulheres trans e travestis. *Em*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). . **Saúde LGBTQIA+ : práticas de cuidado transdisciplinar**. 1. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021. p. 1529.

COLLINS, A.; FUND, T. K.; COULTER, A. **Making shared decision-making a reality : no decision about me, without me**. [s.l.] The King's Fund, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução N° 2.265. Resolução 20 de setembro de 2019. 2020, Sec. 1, p. 96–97.

_____. Resolução CFM nº 2.333. Adota as normas éticas para a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes de acordo com as evidências científicas disponíveis sobre os riscos e malefícios à saúde, contraindicando o uso com a finalidade estética, ganho de massa muscular e melhora do desempenho esportivo. 30 mar. 2023, Sec. 1, p. 5.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029–1042, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 961–970, dez. 2011.

DEUTSCH, M. Medical Transition. *Em*: ERICKSON-SCHROTH, L. (Ed.). . **Trans bodies, trans selves : a resource for the transgender community**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

DOS SANTOS, A. L. M. **O estado da arte sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2016.

DOS SANTOS, L. L.; DA SILVA BARRETO, D.; VITAL DOMINGOS SILVA, J.; BATISTA DA SILVA, D. O acesso a medicamentos hormonais no contexto da saúde da população trans: um papel do farmacêutico. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 15, n. 3, 6 nov. 2023.

ERICKSON-SCHROTH, L. (ED.). **Trans bodies, trans selves: a resource for the transgender community**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

FLORIANÓPOLIS - SC. **Protocolo clínico de hormonização de homens e**

mulheres trans, travestis e pessoas não-binárias de Florianópolis. 1. ed. Florianópolis - SC: PMF, 2023.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. DE V. C.; CARVALHO, A. I. DE; CONILL, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde debate**, p. 37–61, 2002.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. D. O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 82–90, 2019.

IBGE. **PNDS vai a campo coletar informações sobre demografia, saúde reprodutiva e nutrição das crianças | Agência de Notícias.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38058-pnds-vai-a-campo-coletar-informacoes-sobre-demografia-saude-reprodutiva-e-nutricao-das-criancas>>. Acesso em: 4 jan. 2025.

LICCIARDI, N.; WAITMANN, G.; OLIVEIRA, M. H. M. DE. A discriminação de mulheres travestis e transexuais no mercado de trabalho. **Revista Científica Hermes**, v. 14, p. 201–218, 22 nov. 2015.

LIMA, E.; NOGUEIRA, M. J. **VIVA MAIS: Menos Preconceito é mais saúde - Acesso à hormonização pela atenção primária à saúde do SUS**, 2024. Disponível em: <<https://open.spotify.com/episode/7zIRdctbSpcjFhsutRqS0C>>. Acesso em: 30 out. 2024

LIMA, F.; CRUZ, K. T. DA. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 162–186, ago. 2016.

LIMA, M.; HERCOWITZ, A. Homens trans. *Em*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). . **Saúde LGBTQIA+ : práticas de cuidado transdisciplinar.** 1. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021. p. 1529.

LOPES JUNIOR, A.; AMORIM, A. P. A.; FERRON, M. M. Queixas relacionadas à sexualidade e transformações corporais na transexualidade. *Em*: GUSSO, G.; DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. (Eds.). . **Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática [recurso eletrônico].** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 7106.

MAGALHÃES, L. G. **Barreiras de acesso na atenção primária à saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 15 maio 2019.

MCDOWELL, M. J.; HUGHTO, J. M. W.; REISNER, S. L. Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. **BMC psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 16, 9 jan. 2019.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A. DE; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de

universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 7–28, dez. 2011.

MELO, A. C. B.; BRITO, R. C. F. **Transexualidade – desafios na adesão à terapia hormonal de usuários do ambulatório de assistência especializada para pessoas travestis e transgênero do Distrito Federal**. Brasília: Centro Universitário de Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.publicacoes.uniceub.br/pic/article/view/8339>>. Acesso em: 4 jan. 2025.

MELO, R. A. DE; SILVA, A. L. G. E; COSTA, D. R. R. DOS S.; GUIMARÃES, M. C.; COQUEIRO, L. S. R.; FERNANDES, F. E. C. V. Situações de vulnerabilidade vivenciadas por pessoas transexuais. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 12, p. e5109–e5109, 1 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.836. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). . 1 dez. 2011.

_____. PORTARIA Nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 21 set. 2017.

_____. Portaria GM/MS Nº 4.811. Altera o Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer a gratuidade dos medicamentos do elenco do Programa Farmácia Popular do Brasil para o tratamento de dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, glaucom. 4 jul. 2024, Sec. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ESTADO DE MINAS GERAIS; MUNICÍPIO DE OURO PRETO. **Relatório de procedimentos individualizados - Unidade Básica de Saúde Bauxita. Período: 01/03/2024 a 26/12/2024**e-SUS, 27 dez. 2024. . Acesso em: 27 dez. 2024

MOTA, M.; SANTANA, A. D. DA S.; SILVA, L. R. E; MELO, L. P. DE. “Clara, esta sou eu!” Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210017, 25 fev. 2022.

MURAD, M. H.; ELAMIN, M. B.; GARCIA, M. Z.; MULLAN, R. J.; MURAD, A.; ERWIN, P. J.; MONTORI, V. M. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. **Clinical Endocrinology**, v. 72, n. 2, p. 214–231, fev. 2010.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. 26 fev. 2003, p. 1035–1040.

MUSSI, R. F. DE F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. DE; MUSSI, R. F. DE F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. DE. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60–77, out. 2021.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158–164, set. 2013.

OURO PRETO. 1.288. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos da População LGBTQIAP+ de Ouro Preto - (Conselho da População LGBTQIAP+). 1 jul. 2022.

_____. complementar 224. Dispõe sobre a criação do Centro de Referência e Acolhimento da População LGBTQ+ de Ouro Preto (CRA LGBTQ+) e dá outras providências. 8 maio 2023.

PEREIRA, F. Q.; GOMES, J. M. C. POBREZA E GÊNERO: A MARGINALIZAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS PELO DIREITO | Revista Direitos Fundamentais & Democracia. 8 dez. 2017.

PEREIRA, L. B. DE C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795–1795, 14 maio 2019.

PINTO, V. D.; SILVA, D. L. **Diagnóstico situacional da População LGBTQIAP+ no município de Ouro Preto, MG, Brasil** Prefeitura Municipal de Ouro Preto, Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Educação e Tecnologias em saúde, , nov. 2021. Disponível em: <<https://sistemasigla.com.br/arquivos/sismat/00000032890.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO. **Divisão de Bairros de Ouro Preto**. Disponível em: <<https://www.ouropreto.mg.gov.br/bairros>>. Acesso em: 23 nov. 2024.

_____. **Relação de medicamentos do município**, 2024. Disponível em: <<https://www.ouropreto.mg.gov.br/transparencia/medicamentos>>. Acesso em: 22 nov. 2024

REID, M. W.; COHEN, S.; WANG, H.; KAUNG, A.; PATEL, A.; TASHJIAN, V.; WILLIAMS, D. L.; MARTINEZ, B.; SPIEGEL, B. M. R. Preventing Patient Absenteeism: Validation of a Predictive Overbooking Model. December 2015. v. 21, n. 12, p. 902–910, 10 dez. 2015.

REISNER, S. L.; WHITE HUGHTO, J. M.; GAMAREL, K. E.; KEUROGHLIAN, A. S.; MIZOCK, L.; PACHANKIS, J. Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. **Journal of counseling psychology**, v. 63, n. 5, p. 509–519, out. 2016.

ROBLES, R.; FRESÁN, A.; VEGA-RAMÍREZ, H.; CRUZ-ISLAS, J.; RODRÍGUEZ-PÉREZ, V.; DOMÍNGUEZ-MARTÍNEZ, T.; REED, G. M. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 9, p. 850–859, 1 set. 2016.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517–2526, ago. 2016.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A.; BARROS, M. E. B. D.; WANDEKOKEN, K. D. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180633, 2019.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; ZAMBONI, J.; RODRIGUES, A.; ROSEIRO, M. C. F. B.

O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 43–53, 2018.

ROCON, P. C.; WANDEKOKEN, K. D.; BARROS, M. E. B. DE; DUARTE, M. J. O.; SODRÉ, F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0023469, 2020.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 211–219, jun. 2008.

SÃO PAULO - SP. **Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo**, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP. São Paulo/SP: [s.n.].

SÃO PAULO; PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT**. [s.l: s.n.].

SCHIMITH, M. D.; BUDÓ, M. DE L. D.; WEILLER, T. H.; PRATES, L. A.; WILHELM, L. A.; ALBERTI, G. F. Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFSM**, p. 17–17, 2019.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

SOCÍAS, M. E.; MARSHALL, B. D.; ARÍSTEGUI, I.; ROMERO, M.; CAHN, P.; KERR, T.; SUED, O. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, p. 81, 27 set. 2014.

SOUSA, G. P. **Barreiras no acesso da população Transgênero e Travesti no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática**. Uberlândia - MG: Universidade Federal de Uberlândia, 2024.

SPIZZIRRI, G.; EUFRÁSIO, R.; LIMA, M. C. P.; CARVALHO NUNES, H. R. DE; KREUKELS, B. P. C.; STEENSMA, T. D.; ABDO, C. H. N. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 2240, 26 jan. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária a saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANGPRICHA, V.; SAFER, J. D. **Transgender women: Evaluation and management** UpToDate, , out. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?search=Transgender%20women%3A%20evaluation%20and%20management&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H331025>. Acesso em: 23 nov. 2024

THOMAZI, G. L.; AVILA, S.; TEIXEIRA, L. B. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. e22302, 6 jul. 2022.

UMPIERRE, R.; ENGEL, L. Tomando decisões compartilhadas: colocando a pessoa no centro do cuidado. *Em*: GUSSO, G. (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e**

Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 509–518.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Telecondutas: Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde.** 2. ed. Porto Alegre, UFRGS: Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS, 2023.

UTZUMI, F. C.; LACERDA, M. R.; BERNARDINO, E.; GOMES, I. M.; AUED, G. K.; SOUSA, S. M. D. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, 3 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11.** Disponível em: <<https://icd.who.int/en>>. Acesso em: 30 out. 2024.

ZUCCHI, E. M.; BARROS, C. R. DOS S.; REDOSCHI, B. R. L.; DEUS, L. F. A. DE; VERAS, M. A. DE S. M. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 1–13, 25 mar. 2019.