



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Maria Eduarda Grams Salum**

**GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Florianópolis**

**2018**

**Maria Eduarda Grams Salum**

**GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeira.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann

**Florianópolis**

**2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Salum, Maria Eduarda Grams  
Gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à  
Saúde / Maria Eduarda Grams Salum ; orientadora, Alacoque  
Lorenzini Erdmann, 2018.  
58 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

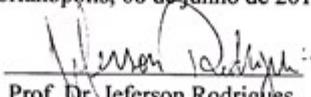
1. Enfermagem. 2. Pessoas Transgênero. 3. Identidade de  
Gênero. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Atenção Primária à  
Saúde. I. Lorenzini Erdmann, Alacoque . II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III.  
Título.

Maria Eduarda Grams Salum

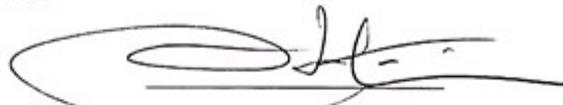
**GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

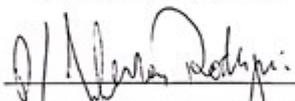
Florianópolis, 08 de junho de 2018.

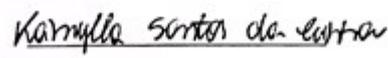
  
Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,  
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

**Banca Examinadora:**

  
Prof. Dr. Enf. Alaeoque Lorenzini Erdmann

Orientadora e Presidente

  
Prof. Dr. Enf. Alonso Caravaca-Moreira - videoconferência  
Membro Efetivo

  
Enf. Ms. Kamylla Santos da Cunha  
Membro Efetivo

A todos aqueles que, através de erros e acertos,  
encontros e desencontros, se movem em direção  
do amor.

*Sri Prem Baba*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha mãe, **Vanessa**, que sempre incentivou meus estudos e proporcionou um mundo repleto de possibilidades e experiências, mesmo quando na maioria das vezes não as teve, além de muitas vezes abrir mão de suas coisas para a minha felicidade. Tão pequena e ao mesmo tempo tão grande, minha fortaleza, certeza de colo, carinho, consolo, conselhos, ensinamentos e confiança, és meu reflexo; que um dia eu possa ser metade do que és!

À minha avó **Dagmar**, que não está mais presente fisicamente neste mundo, mas tenho certeza que aonde estiver está muito feliz e orgulhosa por essa conquista. Você sempre deixou claro o quanto tinha orgulho pela sua primeira neta estar na faculdade, muito dessa conquista é para você, vó, te amo!

Aos meus avós **Antônio, Ilza e Nagibe**, que proporcionaram condições e oportunidades de crescimento, sempre me incentivando a crescer enquanto pessoa e comemorando comigo cada vitória, grande parte do que sou hoje é graças ao amor de vocês, muito obrigada!

À **Fernanda**, muito obrigada por toda compreensão e incentivo durante esse processo, sei que muitas vezes você gostaria de ter feito outra coisa se não me ouvir falar sobre meus anseios e sobre o TCC, e quando mais precisei você me deu colo, carinho e encorajamento. Caminhar ao seu lado tem sido maravilhoso, que possamos crescer juntas cada vez mais, amo você!

À minha orientadora, **Professora Alacoque**, exemplo de força e de mulher, que acreditou em mim e no potencial da minha pesquisa, muito obrigada pela confiança, aprendizado e ensinamentos! Estendo aqui meus agradecimentos ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES), que me acolheu durante os semestres finais da graduação, onde pude conhecer pessoas incríveis que compartilharam comigo experiências sobre a pesquisa!

Ao **Professor Jaime Caravaca**, que aceitou fazer parte da banca examinadora e compartilhou comigo seus conhecimentos a respeito da temática, enriquecendo e aprimorando meu trabalho, muito obrigada pelas sugestões e considerações!

Às amigas **Carolina e Kamylla**, que se tornaram essenciais na minha construção enquanto estudante e enquanto pessoa. Duas personalidades tão distintas que me reforçaram a importância e as alegrias de uma amizade verdadeira. Muito obrigada por

abrirem meus olhos para o desafiador mundo da pesquisa, me mostrarem que a caminhada em busca do conhecimento pode sim ser leve e muito bem aproveitada, e por me encorajarem a sempre ir adiante. Gratidão e orgulho de vocês!

A **todos os familiares e amigos** que aqui não estão citados, mas que através de amor e companheirismo se fizeram presentes em minha trajetória, dividindo momentos, criando boas memórias e tornando a vida mais alegre.

Aos **amigos do curso** que tive a oportunidade de me aproximar e conviver diariamente, que compartilharam angustias, anseios, vitórias, alegrias e risadas no Centro Acadêmico e em sala de aula.

Ao corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem e aos técnicos administrativos, que contribuíram para minha formação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo fomento à minha Iniciação Científica, contribuindo grandiosamente nas minhas oportunidades e crescimento na graduação.

Aos **profissionais** que aceitaram participar deste estudo, muito obrigada por seus depoimentos e pela perceptível vontade em tornar os serviços de saúde um local humanizado e de respeito às diferenças, e capazes de compreender a complexidade do existir enquanto pessoa trans.

## RESUMO

Pessoas que se identificam com o sexo biológico que lhes foi atribuído no nascimento são comumente chamados de “cis-gênero”, e àqueles que não se identificam com papéis e/ou estes comportamentos esperados são denominados “transgênero” ou “transexuais”. Estudo qualitativo, com aporte teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, vertente *strussiana*. O cenário foi a Atenção Primária à Saúde de um município ao sul do Brasil e a coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2018, por meio de entrevistas abertas e individuais registradas em gravação de áudio digital de voz. A amostragem teórica foi composta por 13 profissionais de saúde vinculados à rede, divididos em dois grupos amostrais. O primeiro grupo foi composto por oito enfermeiros, e o segundo composto por cinco médicos de família e comunidade. Como critérios inclusivos para ambos os grupos amostrais utilizou-se: profissionais que prestavam assistência direta à saúde de pessoas trans nos centros de saúde do município, e os critérios exclusivos: profissionais em atuação exclusiva de gestão e/ou coordenação de centro de saúde, de tal forma que não estão na assistência direta à saúde da população trans, e profissionais afastados do trabalho, independente do motivo, durante o período de coleta de dados. A pergunta norteadora “Fale-me como ocorre a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária” iniciou as entrevistas de ambos os grupos, e, além desta, questionou-se aos profissionais do segundo grupo amostral: “Como ocorre a interconsulta com os enfermeiros para as questões de saúde da população trans”. Utilizou-se o software NVivo 10® na organização dos dados no período de coleta, análise e categorização dos dados que ocorreram de forma simultânea por meio da análise comparativa constante dos dados. O processo de análise seguiu a codificação aberta, axial e integração que sustentam o fenômeno do estudo intitulado “Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção primária à Saúde”. As categorias incluíram: 1) condições, definidas por “(In)visibilidade da população trans condicionada pelo frágil acesso na Atenção Primária à Saúde”, onde os profissionais elucidam o baixo acesso da população trans aos serviços de saúde, além de elencarem possíveis motivos que afastam esta população de procurar atendimento em saúde; 2) ações-interações, caracterizadas por “Incertezas e possibilidades na gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde”, onde dificuldades na utilização de pronomes de tratamento, a abordagem de questões sexuais e a importância e necessidade do cuidado multiprofissional são ressaltados para o efetivo gerenciamento do cuidado; 3) consequências, delimitadas por “Aperfeiçoando e fortalecendo a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde”, no qual a residência em saúde da família, educação continuada e capacitações e oficinas de sensibilizações são vistas como essenciais para o fortalecimento da gestão do cuidado. Os profissionais em saúde compreendem a gestão do cuidado à pessoa trans como um conjunto de atividades singulares e complexas, além de perceberem a importância e a necessidade do atendimento multiprofissional e interdisciplinar para a efetivação desse gerenciamento.

**Descritores:** Pessoas Transgênero. Identidade de Gênero. Enfermeiras e Enfermeiros. Atenção Primária à Saúde.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

CS – Centros de Saúde

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO .....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	17
3.1 QUESTÕES DE GÊNERO NA SAÚDE .....	17
3.2 PESSOAS TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	18
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
3.4 GESTÃO DO CUIDADO .....	23
4 MÉTODO .....	26
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	26
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	26
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	27
4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	27
4.4.1 DIAGRAMAS.....	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	30
5 RESULTADOS .....	31
5.1 MANUSCRITO .....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	47
REFERÊNCIAS .....	48
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados 1º grupo amostral .....	51
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados 2º grupo amostral.....	52
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	53
ANEXO A – Declaração de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis ....	56
ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos..	57

## 1 INTRODUÇÃO

O ser humano é composto de diversas dimensões que o tornam único em sua existência, como o sexo, gênero, idade, raça/etnia, orientação sexual, classe social e religião. Tais características o identificam como alguns e o tornam diferente de outros. Ao nascer, o indivíduo é enquadrado dentro do gênero masculino ou feminino, tendo em vista que os órgãos sexuais ao qual é designado (sexo biológico) permitem à sociedade ao seu redor o diferenciar como homem ou mulher (JESUS, 2012).

Além disso, esta pessoa tem depositado sobre si expectativas e paradigmas socialmente construídos a respeito de como deve ser educado, como se portar, se vestir, se relacionar, entre outros; aspectos estes que estão diretamente ligados ao gênero, uma vez que, historicamente a mulher vem sendo educada para cuidar do lar e dos filhos, já o homem, que tem sua imagem patriarcalmente construída, desde pequeno é instruído a prover o sustento da família que construir, bem como ser o “chefe” da residência e das relações ali existentes. Apenas por estes aspectos é possível perceber que a construção social do indivíduo (gênero) tem relação direta com o sexo biológico designado a ele, e que as posições de poder nas relações de classe, gênero e raça podem ser desiguais (HIRATA, 2014).

Por serem aspectos socialmente construídos, os seres humanos são designados a acreditar que estas diferenças e influências entre homens e mulheres são normais e totalmente biológicas, quando boa parte delas é influenciada pelo convívio social. Sendo assim, pode-se entender que a construção da identificação como homens ou mulheres não é biológica, é social (JESUS, 2012).

Sousa, Graupe e Locks (2015) apontam que falar sobre gênero na atualidade implica na desconstrução de conceitos historicamente construídos, bem como a compreensão de que a história e as questões de gênero estão interligadas fundamentalmente em questionamentos de papéis sociais destinados às mulheres e aos homens.

Compreendendo e sabendo diferenciar os conceitos de sexo biológico e gênero torna-se possível adentrar na questão de identidade de gênero, tema central deste trabalho, que diz respeito ao gênero com o qual a pessoa se identifica, não necessariamente tendo relação com o sexo biológico que lhe foi designado no nascimento. Pessoas que se identificam com o sexo que lhes foi designado são comumente denominadas de “cis-gênero”, e pessoas que não se identificam com comportamentos e/ou papéis esperados deste gênero são chamadas de “transgênero” ou “transexual”. Além disso, deve-se compreender também que identidade de gênero e orientação sexual são conceitos distintos e não interligados, uma vez que a orientação

sexual (heterossexual, gay, bissexual e lésbica) diz respeito a quais gêneros a pessoa se sente atraída fisicamente ou afetivamente, não tendo relação alguma com a identificação do sexo designado (JESUS, 2012).

Portanto, de acordo com Cicero e Wesp (2017) e Merryfeather e Bruce (2012) o abrangente termo transgênero inclui diversas comunidades de pessoas cuja identidade ou expressão de gênero difere do sexo que foi atribuído ao nascimento, ou seja, sua identidade de gênero difere do homem ou da mulher socialmente esperados.

Com base nestes apontamentos é possível compreender mais a fundo o que diz a Lei 8.080/90 e a Constituição Federal de 1988, que garante para a população o acesso aos serviços públicos de saúde, independentemente da identidade de gênero ou orientação sexual, sem qualquer tipo de discriminação. A saúde é um direito fundamental de todos, e é dever do Estado prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício, além de formular e executar políticas econômicas e sociais que tenham como objetivo a redução de riscos de doenças e outros agravos, além de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao longo das últimas décadas, a população trans vem ganhando cada vez mais visibilidade, principalmente por conta das lutas pela igualdade de direitos, entretanto, muitas são as dificuldades (preconceito, perseguição, violência, entre outras) de estimar o número da população transexual. Estados Unidos e Canadá são exemplos disso, pois são países que não incluem a categoria “transgênero” em seus formulários de censo. Até o ano de 2011, de acordo com relatórios de pesquisas realizados, estimou-se que a população transgênero nos Estados Unidos chegava a 3% do total, o equivalente a 697.529 pessoas. Já até o ano de 2009, no Reino Unido, estimou-se que 10.000 pessoas foram submetidas à cirurgia de mudança de sexo, e 46.000 estavam à espera do Processo Transexualizador (MERRYFEATHER; BRUCE, 2012). O Brasil, da mesma forma, não inclui a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) em seu levantamento populacional, dificultando assim esta estimativa numérica populacional. De acordo com registros, até o ano de 2014 foram realizados 6.724 procedimentos ambulatoriais e 243 procedimentos cirúrgicos em serviços habilitados no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

Como um reflexo do estigma social e preconceito, crescem no Brasil os números que evidenciam a violência e os crimes de ódio realizados contra a população LGBT e em especial a população trans, segundo o Relatório de Assassinatos de LGBT no Brasil de 2017 realizado pelo Grupo Gay da Bahia 445 LGBT foram assassinados, um aumento de 30% dos casos em comparação à 2016, destes casos, foram assassinadas 179 pessoas trans, evidenciando a

discriminação e transfobia que essa população sofre diariamente (ANTRA, 2018; MOTT, MICHELS, 2017).

Compreender que aspectos como transfobia, atos discriminatórios e de violência e o sofrimento decorrente da marginalização e vulnerabilidade social permeiam a vivência trans é fundamental para que a integralidade da assistência seja alcançada, tendo em vista que, decorrente destes aspectos, consequências negativas e agravos na saúde desta população podem suceder (LIONÇO, 2009).

Historicamente, na década de 1980 as estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, em parceria com os movimentos sociais vinculados pela defesa dos direitos de grupos gays passaram a dar visibilidade às questões de saúde da população LGBT. A partir de então, com o reconhecimento da complexidade da saúde da população LGBT tornou-se possível transversalizar as ações do Ministério da Saúde brasileiro, buscando assim a participação social e a promoção e atenção integral à saúde (BRASIL, 2013).

Levando em consideração as extensas e positivas transformações que a sociedade vem vivenciando e interligando-as com Constituição Federal anteriormente citada, o Ministério da Saúde estabeleceu em 2008 no âmbito do SUS o *Processo Transsexualizador* através da Portaria Nº 1.707 de 18 de agosto de 2008 (nota-se que tal Portaria é revogada pela Portaria Nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, redefinindo e ampliando a anterior) que compreende estratégias de atenção à saúde durante o processo de transformação dos caracteres sexuais pelos quais passam indivíduos transexuais, que deve ser realizado em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde, garantindo assim o direito à saúde durante a passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento (LIONÇO, 2009; BRASIL, 2008).

As ações para tal processo devem ser organizadas e implantadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, permitindo assim a humanização da assistência, proporcionando atendimento livre de discriminação; o incentivo, coordenação e execução de projetos que visem o estudo de eficácia, efetividade, custo/benefício e qualidade do processo transsexualizador; capacitação, manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção, priorizando a promoção da saúde; e a integralidade da assistência, que não deve restringir nem centralizar a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização (BRASIL, 2008).

Já no ano de 2013 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que busca contemplar as especificidades dos diversos grupos sociais, reconhecer os efeitos da discriminação e da

exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT, e mais do que nunca, garantir o acesso e atendimento integral à saúde, sendo um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica em promover a democracia social, a laicidade do Estado e, ao mesmo tempo, exige ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde (BRASIL, 2013a, p. 08).

Apesar dos avanços demonstrarem boas perspectivas, diversas são as barreiras que o processo de construção de serviços não discriminatórios em todas as áreas enfrenta diante de uma sociedade historicamente e culturalmente configurada com base no padrão heteronormativo; que supõem que todas as pessoas sejam (ou devam ser) heterossexuais. Não basta somente que as redes de saúde se transformem e se moldem às necessidades da população, é necessário que os profissionais inseridos nesse contexto tenham a capacidade de expandir suas mentes a respeito das temáticas e possam evoluir em seus modos de agir e pensar, deixando para trás atitudes e discursos discriminatórios, preconceituosos, homofóbicos, transfóbicos e misóginos, mesmo que estes sejam inconscientes (CARDOSO; FERRO, 2012). E para Sousa, Lopes e Graupe (2015) a possibilidade de diminuição das desigualdades está atrelada à pesquisas e implementações de políticas educacionais.

A desigualdade no que diz respeito à saúde da população LGBT está intimamente ligada com o estigma sexual e social que a sociedade atribui a essas pessoas, julgando-as moralmente de forma negativa e as considerando inferiores por não seguirem os padrões sociais e culturais impostos, além disso, o auge da epidemia de AIDS nos anos 80 teve contribuição direta para a estigmatização da população LGBT existente até os dias atuais, bem como os altos níveis de homofobia decorrente da falta de informação sobre o assunto. Grande parte da população transexual vive em segredo como forma de autopreservação e proteção pessoal devido ao medo da rejeição da sociedade e conseqüente rotulagem psiquiátrica, punições criminais e atos de violência injustificada (LIM, HSU, 2016; SKERLE, LAWLER, 2015).

“Cresce no país a percepção da importância da educação como instrumento necessário para enfrentar situações de preconceitos e discriminação e garantir oportunidades efetivas de todos nos diferentes espaços sociais” (BRASIL, 2009, p.03). Um reflexo dessa afirmativa é a inclusão das questões de gênero, identidade de gênero e orientação sexual na educação brasileira, almejando a valorização da igualdade de gênero e a promoção de uma cultura de respeito e o reconhecimento da diversidade sexual, sendo os espaços de educação locais fortes

e de valioso potencial para o desenvolvimento de sujeitos capazes de transformar a sociedade, tornando-a igualitária e justa (SOUSA; LOPES, GRAUPE, 2015).

Durante a infância e a adolescência os indivíduos passam a maior parte de seu tempo na escola, locais onde amizades são criadas e vínculos fortalecidos, bem como a construção de caráter e ideologias. Após isso, no final da adolescência e iniciando a vida adulta, passa-se a maior parte do tempo na universidade (considerando aqueles que diante todas as adversidades e dos determinantes sociais conseguiram acessar uma instituição de ensino superior), local este em que a formação crítica reflexiva do sujeito é moldada e articulada para a vida profissional, sendo as universidades formadoras de profissionais aptos para exercer suas profissões de maneira plena, integral e humanizada (BRASIL, 2007).

Embasando-se nessa perspectiva de construção e formação de seres humanos, e aliando a isso às mudanças e avanços na esfera da saúde no que diz respeito à atenção integral e humanizada à pessoa transgênero, é essencial que a formação de profissionais da área da saúde seja global e livre de preconceitos e paradigmas, portanto, durante os anos de graduação a transgenaridade deve ser abordada e estudada para garantir a competência e excelência do exercício profissional. Seja no contexto primário, ambulatorial ou hospitalar, a equipe multiprofissional tem ligação direta com a qualidade e humanização da gestão do cuidado, sendo o enfermeiro integrante desta equipe e assumindo cada vez mais um papel proativo e decisivo no que diz respeito à identificação das necessidades de cuidado da população, além da promoção e proteção da saúde dos indivíduos é necessário que a formação destes profissionais abranja os aspectos anteriormente citados (BACKES et al., 2012).

A Enfermagem é definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, seja na forma de coordenar as práticas de cuidado, ou na promoção e proteção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Devido à inserção ativa e proativa nos diferentes espaços de atuação profissional, e especialmente pelas possibilidades associativas e interativas com os diversos setores e contextos sociais o cuidado de Enfermagem se configura como prática social empreendedora. Sendo o enfermeiro um articulador da saúde torna-se possível o apoio e coordenação dos atendimentos, práticas e atividades, além de planejar juntamente com a equipe as intervenções e abordagens necessárias junto à singularidade de cada indivíduo (BACKES et al., 2012).

“A Enfermagem tem a possibilidade de operar, de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja através da educação em saúde, seja na promoção ou na reabilitação da saúde dos indivíduos (BACKES et al., 2012, p.224) ”.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi elaborada com o intuito de ser o primeiro contato da população aos serviços, a “porta de entrada”, e deve coordenar o fluxo dos usuários entre os níveis de atenção, garantindo assim equidade ao acesso e utilização adequada dos serviços e tecnologias ofertadas.

Através da gestão do cuidado os profissionais inseridos nesse cenário, destacando-se o enfermeiro, realizam atividades organizacionais e de planejamentos, supervisão e organização da equipe de saúde, desenvolvimento e implementação de atividades de educação em saúde e ações para resolução de problema, estratégias de cuidado, o atendimento ao indivíduo, família e comunidade, buscando assim a efetivação das políticas públicas e a equidade de acesso.

O aumento da visibilidade da população LGBT e a criação de políticas públicas para esse coletivo de pessoas suscita a importância de se discutir esse assunto entre profissionais atuantes na atenção à saúde, em especial a APS, para que seja possível trabalhar de forma integral e humanizada no SUS, atendendo a população LGBT – em especial a população trans – de forma indiscriminada e efetiva. Considerando tais fatores, a lacuna de conhecimento na área e refletindo acerca da temática atual no cenário da saúde optou-se por pesquisar “*Como ocorre a gestão do cuidado a pessoa trans na Atenção Primária à Saúde?*”.

## **2 OBJETIVO**

Compreender como ocorre a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para a revisão de literatura realizou-se a busca em base de dados de artigos e políticas públicas que tivessem relação com o tema transgeneridade, gestão do cuidado e Atenção Primária à Saúde. Os descritores utilizados para refinar a pesquisa foram: Pessoas Transgênero, Identidade de Gênero, Enfermeiras e Enfermeiros e Atenção Primária à Saúde.

#### 3.1 QUESTÕES DE GÊNERO NA SAÚDE

Os determinantes sociais fazem parte do dinâmico processo saúde-doença de pessoas e coletividades, e para compreender essa afirmação é necessário admitir que a exclusão social decorrente de atos discriminatórios, falta de acesso à moradia, alimentação digna, dificuldade de acesso à saúde, lazer, cultura e educação interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde (BRASIL, 2013a).

Ao final da década de 1970 surgiram no Brasil diversos movimentos sociais em defesa de liberdades sexuais e grupos específicos, movimentos estes que lutavam em prol dos direitos homossexuais. O movimento era constituído majoritariamente por homens, e gradativamente foram incorporados outros grupos com outras identidades sexuais e de gênero, em especial as lésbicas e transexuais e travestis. A agregação das demandas destes grupos oportunizou a ampliação da discussão das questões específicas de saúde, direitos civis, políticos, sociais e humanos. Com o passar dos anos houve uma expansão das ideias, configurando o Movimento LGBT, que agrega lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (BRASIL, 2013a).

Embora na última década tenha se visto uma crescente aceitação das identidades de gênero e expressões LGBT, muitas são as atitudes negativas frente às minorias sexuais, sendo isto um indicativo da falta de inclusão significativa LGBT nos cenários de educação e saúde (LIM; HSU, 2016).

A compreensão mais aprofundada das múltiplas dimensões das questões de gênero e heteronormatividade são essenciais para entender a necessidade da adoção de políticas específicas que contrastem os mecanismos históricos culturais e sociais de uma sociedade patriarcalmente construída, principalmente nos campos da educação, saúde e trabalho (BRASIL, 2007).

Gênero, portanto, remete a construções sociais, históricas, culturais e políticas que dizem respeito a disputas materiais e simbólicas que envolvem processos de configuração de identidades, definições de papéis e funções sociais [...] entre os que são socialmente definidos como homens e mulheres e o que é – e o que não é – considerado de homem ou de mulher (BRASIL, 2007, p.16).

Como descrito por Modesto (2013), em relação ao parâmetro que rege as identidades de gênero, a cisgenaridade diz respeito à concordância entre a identidade de gênero – gênero com o qual uma pessoa se identifica – com o sexo biológico atribuído a ele, e a transgenaridade ocorre quando a identidade de gênero discorda do sexo biológico.

As sociedades são fundadas no binarismo homem/mulher, que é um efeito do entendimento naturalizado de gênero, onde pessoas são homens (machos) ou mulheres (fêmeas), e de acordo com o biológico, masculinas e femininas. Tal entendimento se estende para o âmbito social, que categoriza em normal àquilo que se adequa ao binarismo, e irregular/patológico àquilo que não se adequa. Devido a não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, a população trans tem seus direitos humanos básicos violados e agredidos (MODESTO, 2013; CARDOSO, FERRO, 2012).

### 3.2 PESSOAS TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A regulamentação da prática da transgenitalização no Brasil ocorreu após a publicação da Resolução nº 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina, onde se autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários (CFM, 1997). Entretanto, para que a transgenitalização seja realizada, é necessário o retrocesso das lutas sociais em prol da despatologização da transgenaridade, uma vez que se deve considerar a transexualidade como desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio, sendo o processo transexualizador considerado tratamento para o “*transexualismo*”, conforme revoga a Resolução nº 1.955/2010 (CFM, 2010).

No ano de 2008, através da Portaria nº 1.707 de 18 de agosto institui-se no SUS o Processo Transexualizador, que posteriormente, no ano de 2010, é redefinido e ampliado pela Portaria nº 2.803 de 19 de novembro.

De acordo com essa portaria, o Ministério da Saúde reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes e condicionantes da situação de saúde, e que o mal-estar e o sentimento de inadaptção em relação ao sexo anatômico dos usuários transexuais devem ser acolhidos e tratados pelo SUS, seguindo os preceitos da universalidade, integralidade e da equidade da atenção (ARÁN; MURTA, 2009, p.18).

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro (2013), são diretrizes do Processo Transexualizador: integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo a meta

terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas, trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, sendo a Atenção Primária em Saúde a porta de entrada da população a estes serviços, a humanização e o atendimento livre de discriminação devem estar inclusos no acolhimento através da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito à dignidade humana e às diferenças.

Os componentes da linha de cuidado da atenção ao usuário (a) com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador são Atenção Básica e Atenção Especializada. A fim de garantir a integralidade do cuidado a estes usuários, o Ministério da Saúde (2013) define a Modalidade Ambulatorial e Modalidade Hospitalar. A Modalidade Ambulatorial compreende ações no âmbito ambulatorial, tais como acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório, hormonioterapia e garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários, que tem como objetivo promover atenção especializada no Processo Transexualizador, a Modalidade Hospitalar compõem as ações no âmbito hospitalar, como realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório.

Para realização de intervenções médico-cirúrgicas de transgenitalização é necessário o acompanhamento terapêutico por no mínimo dois anos, maioridade e o diagnóstico de *transexualismo*, conforme estipula a Resolução nº 1.955/2010. Contudo, devido à extensa lista de espera e à dificuldade de agendamento das cirurgias, os (as) usuários (as) transexuais permanecem um longo tempo aguardando a realização da cirurgia, mesmo depois de transcorridos os dois anos de acompanhamento terapêutico (ÁRAN; MURTA, 2009).

A equipe multidisciplinar atuante tanto na Modalidade Ambulatorial quanto na Hospitalar é composta prioritariamente por enfermeiro, médico clínico, psicólogo, assistente social e médico especialista (psiquiatra, endocrinologista, ginecologista obstetra, urologista e cirurgião plástico), de acordo com a modalidade do serviço (BRASIL, 2013).

Nota-se que um dos principais desafios para implementação desta modalidade de assistência é a capacitação profissional da equipe interdisciplinar e medidas de humanização, para que se possa garantir um atendimento de qualidade e livre de discriminação (ARAN; MURTA, 2009, p.18).

Apesar disso, faz-se necessário compreender que nem todas as pessoas trans expressam a vontade de realizar a cirurgia de transgenitalização, uma vez que em alguns casos, conforme Dias e Zenevich (2014); Áran e Murta (2009) essa necessidade está mais vinculada ao reconhecimento da pessoa trans do que à sua satisfação íntima, já que em função da extrema vulnerabilidade social e estigmatização da população trans na atualidade, a cirurgia de

redesignação sexual constitui-se como possibilidade de inclusão social. Em alguns casos uma pessoa trans corporifica em si elementos que considera do universo feminino ou masculino ao qual pertence, de tal maneira que não manifesta a vontade de realizar intervenção médico-cirúrgica. Entretanto, outras pessoas consideram as modificações corporais que incluem a cirurgia de transgenitalização um evento vital para a construção de si. Desse modo, a individualização do cuidado torna-se parte essencial de qualquer projeto que vise à integralidade da assistência.

Para prestar de forma correta a assistência à população que busca os serviços, seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar o profissional deve ser qualificado para tal, conhecendo e sabendo desenvolver as atividades ofertadas de forma igualitária e indiscriminatória.

Segundo Áran e Murta (2009), o diagnóstico psiquiátrico de transtorno de identidade de gênero é orientação terapêutica para a maioria dos serviços especializados, reacendendo a questão da necessidade de patologização da transgenaridade como viés para a transição de gênero. Após avaliação especializada o (a) usuário (a) tem o diagnóstico psiquiátrico e é encaminhado para atendimento psicológico individual e em grupo. O viver transexual pode suscitar problemas relacionados à vida psíquica, decorrentes das dificuldades enfrentadas no dia a dia, como estigmatização e exclusão, preconceito e violências nas suas mais variadas formas, podendo ser o acompanhamento psicológico a maneira de garantir a saúde do indivíduo, uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde constitui um estado de completo bem-estar social, mental e físico.

Já o tratamento hormonal disponibilizado nos serviços de modalidade ambulatorial tem como objetivo, afirmam Áran e Murta (2009) a indução do aparecimento de caracteres sexuais secundários conciliáveis de acordo com a identificação de gênero, além do acompanhamento clínico do (a) usuário (a). Entretanto, a população trans que faz o acompanhamento clínico e uso correto da posologia de hormônios pode ser considerada pequena se comparada àquela que faz uso indiscriminado e sem orientação de hormônios, tanto femininos quanto masculinos, caracterizando a automedicação. A utilização de altas doses de hormônios femininos tem relação com a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, flebites entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes (BRASIL, 2013).

As cirurgias de redesignação sexual são consideradas cirurgias de grande porte e caráter irreversível, sendo assim, é fundamental que o (a) usuário (a) seja esclarecido através da equipe multiprofissional acerca das consequências estéticas e funcionais decorrentes do procedimento, além dos possíveis riscos inerentes a procedimentos cirúrgicos (ÁRAN; MURTA, 2009).

Diante da complexidade da situação de saúde da população LGBT e, principalmente das evidências que a identidade de gênero e a orientação sexual têm na determinação cultural e social da saúde, o Ministério da Saúde construiu no ano de 2013 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, que objetiva a reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS, contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, equitativo e integral.

Dentre os objetivos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: ampliação do acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, de forma a garantir às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas necessidades e demandas; qualificação das redes de serviço do SUS para o cuidado e atenção integral à saúde da população LGBT; qualificação da informação em saúde no que tange à coleta, processamento e análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT; garantia de acesso ao Processo Transsexualizador na rede do SUS, de acordo com os moldes regulamentados; promoção de iniciativas voltadas à redução de riscos e ofertar atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para transexuais e travestis; redução dos danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para transexuais e travestis; ofertar atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT; definição de estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de transexuais e travestis; garantia do uso do nome social de transexuais e travestis; atuação na eliminação do preconceito e discriminação da população LGBT nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

### 3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estruturadas com o objetivo de solucionar a fragmentação da gestão e da atenção à saúde nas Regiões de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscam aprimorar o funcionamento político institucional do SUS e assegurar ao usuário o acesso aos serviços e ações que necessita com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. [...]. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS). (BRASIL, 2010, p.1).

A APS é compreendida como o primeiro nível de atenção e coordenadora das redes e do cuidado tendo em vista suas ações de promoção, prevenção e resolução dos agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade. Já as ações de média complexidade são organizadas nas unidades de referência secundária, onde se torna possível a realização de atendimentos de urgência e emergência de demanda espontânea ou encaminhados pelas unidades da APS e a realização de consultas e exames especializados (BRASIL, 2010; SHIMIZU, 2013).

A APS tem um papel chave na estruturação e ordenação do cuidado na RAS, pois além de ser o centro de comunicação desta, constitui o contato inicial de usuários, famílias e comunidades com o SUS, garantindo a integralidade do cuidado, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária, além de acompanhar e manejar o crescimento e mudanças de grupos ou indivíduos ao longo dos anos (BRASIL, 2010).

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010, p.01).

Com o objetivo de oportunizar atenção integral e impactante nas mais diversas situações de saúde da população são desenvolvidas na APS ações de cuidado e gestão pelas equipes de trabalho multiprofissional, que atuam de forma participativa e democrática garantindo a autonomia dos indivíduos, bem como o reconhecimento das principais e mais frequentes necessidades e demandas de saúde da população (BRASIL, 2012).

Com a implantação de equipes de saúde da família nos municípios nos Centros de Saúde (CS), a APS garante o acesso a atenção à saúde de qualidade com o desenvolvimento de práticas de assistência e gestão participativas, que são realizadas levando-se em consideração as singularidades e demandas da população adscrita ao território e critérios de vulnerabilidade, risco e resiliência da comunidade. A equipe de saúde da família é composta minimamente por 1 enfermeiro, 1 médico, 1 ou 2 técnicos de enfermagem e 4 ou 6 agentes comunitários de saúde, tendo ainda o auxílio da equipe de saúde bucal – dentista e auxiliar de higiene bucal (BRASIL, 2012).

A equipe multiprofissional na APS tem como atribuições: definir o território e a população adscrita para atuação da equipe de saúde; planejar e desenvolver atividades com priorização aos grupos de risco; planejar e organizar ações de atenção à saúde de acordo com

as demandas e necessidades da população, além de priorizar às de maior gravidade e frequência; promover a atenção integral à saúde da população no CS; desenvolver o acolhimento e exercer escuta ativa e qualificada com classificação de risco, objetivando a resolutividade da assistência; implementar atividades educativas que reflitam positivamente no processo de saúde-doença do indivíduo e população.

A Enfermagem tem participação relevante nas ações desenvolvidas na APS, uma vez que atua frente às interações e relações com usuários e demais profissionais, sendo um elo representativo entre a equipe de saúde e a comunidade. Por estarem aptos a atender demandas provenientes de distintos grupos de atenção à saúde – crianças, mulheres, adultos em situações agudas ou crônicas e idosos, os enfermeiros desenvolvem atuação diferenciada na APS, reforçando o perfil de liderança e substancial para o bom funcionamento dos CS (LANZONI, MEIRELLES, 2013).

Dentre as diversas atribuições do enfermeiro na APS, a consulta de enfermagem compreende uma prática individual do enfermeiro, desenvolvida com o objetivo de assegurar atenção integral de acordo com as necessidades do usuário, sendo essa prática muitas vezes o primeiro contato do usuário ao serviço de saúde, havendo a necessidade da realização de escuta ativa e acolhimento qualificado, garantindo o reconhecimento das principais demandas e necessidades em saúde (RAMOS et al., 2012).

### 3.4 GESTÃO DO CUIDADO

Nos mais diversos cenários de atuação o enfermeiro lida diariamente com a esfera gerencial e assistencial de seu trabalho, sendo que na esfera assistencial o objeto e finalidade de seu trabalho é o cuidado integral aos usuários, e na esfera gerencial o objetivo de sua prática é a organização do trabalho e de recursos humanos em enfermagem, tendo como objetivo a criação e implementação de condições favoráveis e adequadas ao cuidado e o bom desempenho da equipe de enfermagem. A articulação entre as esferas assistência e gerencial é denominada gestão do cuidado, que consiste em atividades profissionais que visam à implementação de boas práticas de cuidado por meio do planejamento das ações de cuidado, previsão e provimento de recursos essenciais à assistência, além do fortalecimento das interações profissionais (SENNA et al., 2014; SANTOS et al., 2013).

Quando o enfermeiro atua na dimensão gerencial, ele desenvolve ações voltadas para organização do trabalho e de recursos humanos cujo propósito, é de viabilizar as condições adequadas tanto para a oferta de cuidado ao paciente como para a atuação da equipe de enfermagem [...].

Nesse sentido confere-se à função gerencial, uma ação peculiar ao trabalho do enfermeiro diretamente vinculada ao processo de cuidar da enfermagem, mobilizando ações nas relações, associações e interações entre pessoas. (MORORÓ et al., 2017, p. 324).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem estabelece legalmente aos enfermeiros as atividades gerenciais nos serviços de saúde, tais como chefia, direção, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de Enfermagem de instituições públicas e privadas. Além disso, a prática de atividades gerenciais está prevista nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, e se referem à liderança, tomada de decisão, administração e gerenciamento e educação permanente (SANTOS et al., 2013a).

Aspectos como o trabalho equipe, comunicação, cooperação, articulação, tomada de decisão e liderança realizados pelo enfermeiro com a equipe de enfermagem, usuário e demais profissionais de saúde são compreendidos como fundamentais a realização eficaz da gestão do cuidado (MORORÓ et al., 2017).

A gerência do cuidado de enfermagem mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas como seres humanos complexos e que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado complexo, constituída por equipes de enfermagem e saúde com competências/aptidões/potências gerenciais próprias ou inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros (SANTOS et al., 2013, p. 258).

Apesar da notável necessidade e importância de articular a esfera assistencial e gerencial, muitos profissionais ainda consideram que estas são atividades não-interligadas, entendendo como cuidado apenas as ações que dependem diretamente de sua atuação junto ao paciente; cuidado direto, de tal forma que as ações organizacionais, atividades complementares de formação, especialização profissional e organizacionais são compreendidas como cuidado indireto (SANTOS et al., 2013).

Seguindo nesta perspectiva, o gerenciamento do cuidado é permeado por conflitos, incompreensões, dúvidas e contradições, uma vez que alguns profissionais mantem a dicotomia entre a gestão e cuidado como correta, gerando frustrações e conflitos durante a realização de atividades burocráticas e administrativas essenciais ao efetivo gerenciamento do cuidado (MORORÓ et al., 2017).

Dentre as ações realizadas pelo enfermeiro, oito se destacam durante a gerência do cuidado, são elas: 1) dimensionamento da equipe de enfermagem: ação que consiste em planejar, avaliar e distribuir a equipe de enfermagem conforme necessidade de cuidado dos pacientes; 2) planejamento da assistência de enfermagem; 3) concretizar a liderança no ambiente de trabalho; 4) gerenciar recursos materiais; 5) coordenar e supervisionar a realização

do cuidado ao paciente; 6) executar procedimentos ou cuidados mais complexos e privativos do enfermeiro; 7) educação continuada e capacitação da equipe de enfermagem; 8) avaliar o produto das ações de cuidado (SANTOS et al., 2013).

Os profissionais de saúde que atuam na gestão do cuidado integral precisam ser preparados para essa atividade em todas as suas dimensões, de modo que compreendam seu papel, além de estarem capacitados para acompanhar os pacientes, demonstrando a eles que podem e devem atuar em prol da própria saúde, com ações que visam à prevenção de doenças e a à manutenção de suas condições de saúde física e mental (SIEWERT et al., 2017, p. 05).

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de natureza qualitativa ancorada na vertente Straussiana da Grounded Theory, ou conforme tradução para o português: Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que busca a compreensão de uma determinada realidade a partir dos processos e significados das relações, interações, comportamentos que certo contexto social, cultural ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimento, compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação (CORBIN; STRAUSS, 2015).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A rede de APS do município possui a Estratégia Saúde da Família como ordenadora das suas ações e conta com 49 centros de saúde distribuídos em quatro distritos sanitários: Centro, Continente, Norte e Sul (FLORIANÓPOLIS, 2017), conforme ilustrado no quadro 1.

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>Nº de Centros de Saúde</b>
Centro	10
Continente	11
Norte	13
Sul	15
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>

**Quadro 1.** Distritos Sanitários, segundo o número de Centros de Saúde, 2017.

**Fonte:** FLORIANÓPOLIS, 2017.

Além do serviço de APS, o município também conta com serviços de atendimento especializados como Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento que oferecem serviços como fisioterapia, fonoaudiologia, geriatria, infectologia, mastologia, nutricionista, neuropediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, centro de testagem e aconselhamento, exames laboratoriais e eletrocardiograma, e atendimentos de emergências e urgências odontológicas, gerais e pediátricas (FLORIANÓPOLIS, 2017).

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A TFD não exige número de participantes pré-definido, somente existindo uma população inicial identificada, ficando o restante em aberto. Ao decorrer da análise de dados, do surgimento da hipótese do estudo e da necessidade de aprofundamento dos dados é possível identificar novos participantes para compor um próximo grupo amostral. A quantidade de grupos amostrais também não é previamente definida, pois segue até que se atinja a saturação dos dados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O primeiro grupo amostral foi composto por oito enfermeiros, cujos critérios de inclusão foram: enfermeiros que prestam assistência direta à saúde de pessoas trans nos centros de saúde do município. A partir da análise dos dados do primeiro grupo amostral observou-se que, dentre as intenções da população trans na procura pelos serviços de saúde, a hormonioterapia está entre as principais, a qual é desenvolvida especialmente pelo profissional médico através de interconsultas e matriciamento, conforme destacado pelos enfermeiros participantes deste estudo. Neste sentido, emergiu a hipótese de que a articulação destes dois profissionais é primordial para o aperfeiçoamento da gestão do cuidado à saúde da população trans. Tendo como base a hipótese formulada e a partir das entrevistas do primeiro grupo a coleta de dados foi direcionada para o segundo grupo amostral, composto por cinco médicos, que teve como critério de inclusão: médicos que prestam assistência direta à saúde de pessoas trans nos centros de saúde do município perfazendo a amostragem teórica com um total de 13 participantes.

Como critérios exclusivos utilizou-se para ambos os grupos amostrais: profissionais em atuação exclusiva de gestão e/ou coordenação de centro de saúde, de tal forma que não estão na assistência direta à saúde da população trans, e profissionais afastados do trabalho, independente do motivo, durante o período de coleta de dados.

Ademais, cinco profissionais de saúde, quando convidados, recusaram a participação na pesquisa por não terem experiência no atendimento e na gestão do cuidado à pessoa trans, delimitando assim a amostragem teórica.

### 4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados se deu entre os meses de abril a maio de 2018 por meio de entrevista aberta e individual com os participantes, e conforme Corbin e Strauss (2015), na TFD a entrevista é a principal técnica utilizada na metodologia para reconstruir de forma fidedigna a experiência dos sujeitos, e é fundamental que esta etapa da pesquisa seja realizada em situações

e com sujeitos com práticas e características diferenciadas, garantindo a interpretação e análise comparativa dos dados.

Através da questão norteadora “Fale-me sobre a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde” as entrevistas iniciaram, e a partir desta e das respostas dos participantes, novas questões foram levantadas com o intento de responder ao objetivo da pesquisa. Para o segundo grupo amostral, além da questão norteadora também se questionou “De que forma acontece a interconsulta com os enfermeiros para as questões de saúde da população trans”, além de outros questionamentos decorrentes das respostas dadas.

As entrevistas foram agendadas via contato telefônico dos Centros de Saúde; disponível no site da Prefeitura Municipal de Florianópolis; e realizadas pela pesquisadora principal no local de escolha dos participantes, áudio-gravadas com auxílio de dispositivo de gravação digital e posteriormente transcritas na íntegra para a análise.

A coleta de dados se deu até a ocorrência da saturação teórica, momento onde as informações coletadas não apontaram novos elementos significativos para o objetivo da pesquisa e categorias e subcategorias foram consolidadas em suas propriedades e dimensões, respondendo ao objeto de estudo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Utilizou-se o *software* NVivo 10<sup>®</sup> para a organização dos dados, e a análise foi realizada através do método comparativo, onde os dados coletados são constantemente comparados, com o objetivo de estabelecer semelhanças e diferenças entre eles (CORBIN; STRAUSS, 2015).

De acordo com Corbin e Strauss (2015); a análise de dados é dividida em três momentos interdependentes, sendo eles: codificação aberta, codificação axial e integração. No primeiro momento processam-se e analisam-se os dados tendo como finalidade o reconhecimento de características e propriedades. Através destes processos é possível conceitualizar os dados obtidos, agrupando-os em acontecimentos e fatos similares. Com a codificação axial torna-se possível relacionar categorias – fenômeno/problema, às subcategorias – respostas sobre o fenômeno, integrando as categorias quanto às propriedades e dimensões, formulando uma explicação mais completa e precisa sobre o fenômeno em suas propriedades e dimensões. Na integração, momento final da análise de dados para a elaboração da teoria, as categorias são ligadas em torno de uma categoria central, propiciando a redução, aprimoramento e caracterização da teoria.

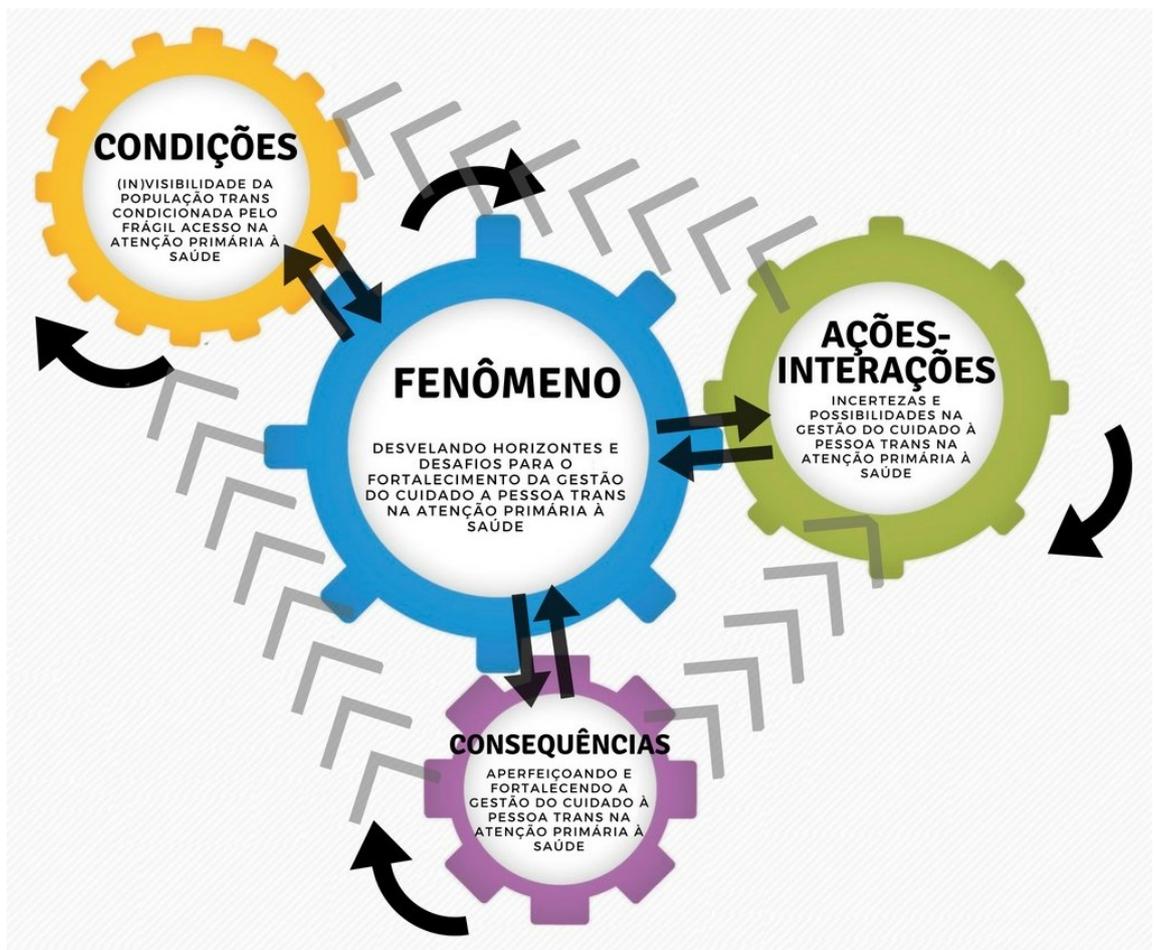
O presente estudo seguiu o modelo paradigmático proposto por Corbin e Strauss (2015), que estabelece uma relação entre as categorias a partir de três componentes: (1) condições intitulado “(In)visibilidade da população trans condicionada pelo frágil acesso na Atenção Primária à Saúde” – explicações do porquê as pessoas respondem à maneira que respondem à

determinado fenômeno; (2) ações-interações “Incertezas e possibilidades na gestão do cuidado à pessoa trans na APS” – respostas que as pessoas ou grupos dão a situações problemáticas ou eventos ocorridos em suas vidas e (3) consequências intitulado “Aperfeiçoando e fortalecendo a gestão do cuidado à pessoa trans na APS” – desfechos previstos ou reais das ações-interações, emergindo o fenômeno do estudo intitulado: **“Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde”**.

#### 4.4.1 DIAGRAMAS

Como recurso para auxiliar a análise de dado, na TFD faz-se uso de diagramas, representações gráficas que simbolizam as relações dos conceitos, além de demonstrar a complexidade e a densidade da teoria.

Um diagrama que representa o fenômeno do estudo foi elaborado, conforme ilustração a seguir.



**Figura 1** – Fenômeno: Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 e 512/2016 do Ministério da Saúde, que visa assegurar os direitos e deveres de participantes de pesquisas, comunidade científica e Estado, garantindo a autonomia, justiça, equidade, não maleficência e beneficência dos referenciais bioéticos. Para garantir tais aspectos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos sob o Parecer de número 2.620.202 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 79344917.3.000.0121.

Assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foram utilizados códigos para designá-los das falas apresentadas, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas (E1, E2... E6) e da indicação do grupo amostral – G1 para o primeiro grupo amostral e G2 para o segundo grupo amostral, da seguinte forma: (E1G1); (E9G2).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, tendo assegurado o direito de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que foi assinado em duas vias, ficando uma em poder da pesquisadora e outra em poder do participante da pesquisa com o propósito de resguardar a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados pela pesquisadora.

Esta pesquisa não acarretou riscos de natureza física aos participantes, no entanto por se tratar de uma pesquisa que envolve coleta de dados por meio de entrevistas poderia ocasionar mobilização emocional relacionada à reflexão sobre a teoria e prática, como desconfortos psicológicos, modificações nas emoções, estresse e culpa, no entanto tais mobilizações emocionais não ocorreram.

## 5 RESULTADOS

Os resultados deste Trabalho de Conclusão de Curso estão apresentados e discutidos a seguir em formato de manuscrito, conforme Art. 4º da Normativa do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

### 5.1 MANUSCRITO

#### **Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde**

Maria Eduarda Grams Salum  
Alacoque Lorenzini Erdmann

#### **RESUMO**

**Objetivo:** compreender como ocorre a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde. **Método:** pesquisa qualitativa com aporte teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Foram realizadas entrevistas individuais e abertas com 13 profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde, divididos em dois grupos amostrais. A coleta de dados se deu de abril a maio de 2018. **Resultados:** Emergiram três categorias que sustentam o fenômeno intitulado: Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado a pessoa trans na Atenção primária à Saúde. As categorias incluíram: i) condições, definidas por (In)visibilidade da população trans condicionada pelo frágil acesso na Atenção Primária à Saúde; ii) ações-interações, caracterizadas por Incertezas e possibilidades na gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde; e, iii) consequências, delimitadas por Aperfeiçoando e fortalecendo a gestão do cuidado a pessoa trans na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** os profissionais em saúde compreendem a gestão do cuidado à pessoa trans como um conjunto de atividades singulares e complexas, além da importância e necessidade do atendimento interdisciplinar e multiprofissional para a efetivação deste gerenciamento.

**Palavras-chave:** Pessoas Transgênero, Identidade de Gênero, Enfermeiras e Enfermeiros, Atenção Primária à Saúde.

## INTRODUÇÃO

Os aspectos sociais e políticos na sociedade impõem um padrão de normalidade de sexualidade, constituído por relações entre mulheres e homens, de modo que questões de gênero estão ligadas à forma com que estes possuem papéis e comportamentos esperados (MATOSO, 2014).

Àqueles que sintonizam com o sexo biológico e consequente designação social que lhes foi atribuído no nascimento podem ser comumente designadas “cis-gênero”, em oposição ao termo “transgênero”, que compreende indivíduos que não se identificam, em graus diferentes, com papéis e/ou comportamentos do sexo que lhes foi atribuído (JESUS, 2016).

Grande parte da população trans vive em segredo como forma de autopreservação e proteção pessoal devido ao medo da rejeição da sociedade e consequente rotulagem psiquiátrica, punições criminais e atos de violência injustificada (LIM, HSU, 2016; SKERLE, LAWLER, 2015). Esses aspectos refletem no acesso desta população aos sistemas da sociedade, como trabalho e educação, por exemplo e, em especial, na busca por serviços de saúde, nos quais são identificadas barreiras de acesso, seja por uso de práticas e políticas heteronormativas ou até mesmo por atos discriminatórios e julgamentos estereotipados (DALEY; MACDONNEL, 2015).

A Organização Mundial da Saúde traz dentro das questões de gênero a necessidade de garantia que diferentes grupos de mulheres e homens, meninas e meninos, tenham iguais oportunidades para alcançar seu máximo potencial de saúde (WHO, 2018). No Brasil, o Ministério da Saúde propôs políticas públicas que objetivam garantir a equidade do acesso e atendimento a estas pessoas, estabelecendo, no ano de 2008, o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) e em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), compreendendo as repercussões da exclusão e discriminação social nas questões de saúde-doença destas populações em condições de invisibilidade e vulnerabilidade (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do SUS e ordenadora dos serviços, é um campo essencial para efetivar políticas que possibilitem a construção da real equidade, tendo impactos positivos no âmbito de promoção, prevenção e recuperação da saúde, acompanhamento e tratamento efetivo de doenças no desenvolvimento e na saúde da população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os profissionais inseridos nesse cenário, em especial o enfermeiro, realizam atividades de diversas ordens desde atividades organizacionais e de funcionamento do centro de saúde,

práticas educacionais e assistência direta individual e coletiva a pessoa, família e comunidade (CAÇADOR et al, 2015).

O processo de trabalho do enfermeiro inserido na APS é permeado pelo pensar e fazer em saúde, por meio da gestão do cuidado, que envolve o desenvolvimento de ações para resolução de problemas, orientação, organização e supervisão da equipe, implementação de atividades de educação em saúde e estratégias de cuidado (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Ciente das diversas dificuldades que permeiam o existir trans como discriminação, atos de violência e altos níveis de homicídio por transfobia, compreende-se a resistência desta população em acessar os diversos serviços da sociedade, em especial os de saúde, onde direitos garantidos por leis e a subjetividade da identidade de gênero podem ser violados pelos profissionais de saúde, sendo de fundamental importância que as ações realizadas pelo enfermeiro na APS que contemplam a gestão do cuidado sejam realizadas de forma competente e humanizada, potencializando a efetivação das políticas de atenção à saúde da pessoa trans. O presente estudo tem como objetivo compreender como ocorre a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde.

## **MÉTODOS**

Pesquisa qualitativa com referencial teórico-metodológico baseado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Este método busca compreender determinada realidade a partir de processos e significados das relações, comportamentos e interações que certo contexto social ou cultural tem para as pessoas envolvidas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O cenário de coleta de dados foi o serviço de Atenção Primária do município de Florianópolis/SC, que possui 49 centros de saúde distribuídos em quatro distritos sanitários, dos quais, oito foram incluídos na pesquisa. Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2018 por meio de entrevistas abertas, individuais e registradas por meio de dispositivo digital de voz, previamente agendadas via contato telefônico, e posteriormente, transcritas na íntegra para o processo de análise.

A amostragem teórica foi composta por 13 participantes, distribuídos em dois grupos amostrais. O primeiro grupo, escolhido intencionalmente, foi formado por oito enfermeiros assistenciais que foram questionados a partir da pergunta norteadora “Fale-me como ocorre a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária?” e, no decorrer da entrevista novas questões foram levantadas com a intenção de aprofundar e responder ao objetivo da pesquisa.

Durante a coleta e análise concomitante do primeiro grupo amostral evidenciou-se que, dentre as intenções da população trans na procura pelos serviços de saúde, a hormonioterapia está entre as principais, a qual é desenvolvida especialmente pelo profissional médico. Neste sentido, os enfermeiros participantes deste estudo destacaram a realização de interconsultas e matriciamento em saúde com estes profissionais, de modo que emergiu a hipótese de que a articulação destes dois profissionais é primordial para o aperfeiçoamento da gestão do cuidado à saúde da população trans. Assim, sentiu-se a necessidade de dar voz aos profissionais médicos que atuavam com estes enfermeiros na APS e prestavam assistência direta à essa população.

O segundo grupo amostral foi composto por cinco médicos de família e comunidade, sendo questionados, além da questão norteadora da pesquisa mencionada anteriormente, com a seguinte questão “De que forma acontece a interconsulta com os enfermeiros para as questões de saúde da população trans”, e a partir da resposta desta, novos questionamentos foram levantados.

Os critérios inclusivos dos grupos amostrais foram: profissionais (enfermeiros para o primeiro grupo e médicos para o segundo grupo) que prestam assistência direta à saúde de pessoas trans nos centros de saúde do município. Como critérios exclusivos para ambos os grupos: profissionais em atuação exclusiva de gestão e/ou coordenação de centro de saúde, de tal forma que não estão na assistência direta à saúde da população trans, e profissionais afastados do trabalho, independente do motivo, durante o período de coleta de dados.

Utilizou-se o *software* NVivo 10<sup>®</sup> para a organização dos dados, e a análise destes foi realizada em três momentos interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Na codificação axial os dados foram analisados e processados incidente por incidente, a fim de reconhecer-se características e propriedades, agrupando-os em acontecimentos e fatos similares. Através deste primeiro momento foi possível relacionar categorias – fenômeno/problema, às subcategorias – respostas sobre o fenômeno, formulando uma explicação mais completa e precisa sobre o fenômeno em suas propriedades e dimensões. Na integração, última etapa da análise, as categorias foram ligadas em torno de uma categoria central, possibilitando a redução, aprimoramento e caracterização da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Norteadado pelo modelo paradigmático proposto por Corbin; Strauss (2015), uma relação entre as categorias foi estabelecida a partir de três componentes: (1) condições intitulada “(In)visibilidade da população trans condicionada pelo frágil acesso na Atenção Primária à Saúde”; – explicações do porquê as pessoas respondem à maneira que respondem à determinado fenômeno; (2) ações-interações caracterizadas por “Incertezas e possibilidades na gestão do

cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde” – respostas que as pessoas ou grupos dão à situações problemáticas ou eventos ocorridos em suas vidas e (3) consequências nomeada “Aperfeiçoando e fortalecendo a gestão do cuidado a pessoa trans na Atenção Primária à Saúde” – desfechos previstos ou reais das ações-interações. Por fim, na etapa de integração, categorias e subcategorias foram comparadas e ligadas a uma grande categoria central, o fenômeno do estudo (CORBIN; STRAUSS, 2015) intitulado: **“Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado a pessoa trans na Atenção primária à Saúde”**.

A saturação teórica se deu no momento em que as informações coletadas não apontaram novos elementos significativos para o objetivo da pesquisa e as categorias e subcategorias encontraram-se consolidadas em suas propriedades e dimensões respondendo ao objeto de estudo.

Esta pesquisa respeitou os preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 446/2012 e 512/2016 do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer de número 2.620.202 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 79344917.3.000.0121. Assegurando o anonimato e a identidade dos participantes foram utilizados códigos para designá-los das falas apresentadas, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas (E1, E2... E6) e da indicação do grupo amostral – G1 para o primeiro grupo amostral e G2 para o segundo grupo amostral, da seguinte forma: (E1G1); (E9G2).

## RESULTADOS

Do processo de análise e integração sistemática dos dados emergiu o fenômeno “Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado a pessoa trans na Atenção primária à Saúde” do estudo sustentado por três categorias inter-relacionadas, conforme ilustra a Figura 1.



Figura 1 – Fenômeno: Desvelando horizontes e desafios para o fortalecimento da gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde.

O componente *condições* intitulado “(In)visibilidade da população trans condicionada pelo frágil acesso na Atenção Primária à Saúde” resalta aspectos relacionados ao acesso da população trans aos serviços de saúde, em destaque nesta pesquisa a Atenção Primária à Saúde. Através da análise dos dados evidenciou-se a pouca procura de atendimento em saúde dessa população. Dentre às razões pela procura ao atendimento destacam-se questões de saúde não ligadas à identidade de gênero, hormonização e repercussões da automedicação como as principais.

*“Eu tenho tão pouca experiência, tão pouco atendimento nesse público, são poucos que a gente atende aqui, na minha área são bem poucos e é bem esporádico”. (E2G1)*

*“Nós começamos a ter contato com essa população [trans] por algumas pessoas que procuravam atendimento em demanda espontânea por questões de saúde*

*que não estavam ligadas ao gênero, mas mais questões clínicas mesmo, de outra ordem”. (E5G1)*

Os participantes destacaram alguns motivos pelos quais acreditam que a população trans não acessa os serviços, dentre eles está o contexto familiar ou social no qual esta pessoa está inserida, podendo haver receio de procurar os centros de saúde por se tratar de um local onde circulam familiares e conhecidos do território onde residem; o déficit de profissionais sensibilizados e capacitados para atender e acolher as especificidades dessa população; o não-respeito ao nome social nos serviços de saúde, elucidando que apesar dos avanços nesse âmbito questões como essa são recorrentes no cotidiano; e o preconceito social e culturalmente enraizado na sociedade, gerando apreensão quanto a possíveis julgamentos, atos discriminatórios e transfóbicos, de tal forma que muitas pessoas costumam realizar automedicação e procedimentos sem acompanhamento em saúde.

*“É um público que demanda muito cuidado, muitos usuários fazem procedimentos sem acompanhamento especializado, tomam hormônio por conta.” (E8G1)*

*“Existe isso do nome social, alguém te chama pelo nome que tu não se identifica no meio de uma recepção cheia, é uma agressão, uma violência, mesmo existindo uma portaria que diz que travestis e transexuais tem direito ao uso do nome social isso é desrespeitado [...] o preconceito institucionalizado que a sociedade tem é um aspecto bem mais complexo que a parte clínica”. (E11G2)*

Tendo em vista a baixa procura aos serviços os participantes reforçam a escassez de prática profissional no atendimento às especificidades da população trans, aliando tal fato à fragilidade na formação profissional, sendo a temática pouco ou não abordada, gerando uma lacuna de conhecimento e conseqüente vulnerabilidade no gerenciamento do cuidado à população trans. Deste modo, o fortalecimento destes aspectos através da residência em saúde da família foi percebido como condicionante à um aprimoramento do atendimento e conseqüente gestão do cuidado.

*“Sim, dentro da residência se tem um ciclo de políticas de saúde das populações minoritárias, então tem um ciclo de saúde da população negra, LGBT; não só trans mas LGBT e da saúde de quilombolas e indígenas”. (E10G2)*

O componente *ações-interações* “Incertezas e possibilidades na gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde” caracteriza as relações e interações realizadas pelos participantes em vista das interpretações dadas às condições relacionadas ao fenômeno.

Objetivando o gerenciamento do cuidado, os participantes afirmaram que conduzem as consultas realizadas com base nas queixas e demandas trazidas, e a partir destas e das especificidades do contexto social ao qual a pessoa está inserida os profissionais individualizam o cuidado, a fim de contemplar e sanar as necessidades em saúde dos sujeitos, reforçando a não distinção de identidade gênero como fator não condicionante ao atendimento.

*“Não tem muita distinção de atendimento, geralmente a gente parte da queixa da pessoa, o que ela tem de queixa a gente trabalha e procura coisas que possam estar interferindo na saúde [...] a nossa política é atender todo mundo da mesma forma, não diferenciar, mas claro que cada pessoa com as suas situações.” (E2G1)*

Alguns obstáculos são enfrentados durante o processo de realização da gestão do cuidado, como a incerteza e insegurança quanto à utilização de pronomes de tratamento e artigos, havendo o questionamento quanto à referência ao nome de registro ou ao nome social. Apesar destas incertezas os profissionais afirmaram que respeitam e utilizam o nome social da pessoa durante o atendimento, fortalecendo o cuidado humanizado e holístico.

*“Para quem começa a lidar com esse cuidado tem algumas coisas que são arestas ainda, principalmente a terminologia, o uso dos artigos ‘o’ ‘a’ ou ‘ele’ ‘ela’, uma coisa que para os pacientes faz muita diferença e a gente enquanto profissional de saúde termina não dando a devida importância”. (E10G2)*

A dificuldade em abordar questões relacionadas à sexualidade durante as consultas e o entrave na racionalização e naturalização de questões específicas do cuidado à pessoa trans, como a indicação de coleta de exame preventivo em homens trans também foram elucidados.

*“[a dificuldade] É mais voltada para essa parte de sexualidade mesmo, os primeiros contatos eu ficava ‘examino ou não examino? Como eu abordo?’.” (E1G1)*

O sistema de informação utilizado na rede torna-se uma importante ferramenta para a gestão efetiva do cuidado quando possibilita avanços que otimizam e humanizam a assistência, como a possibilidade de inclusão do nome social no prontuário eletrônico da pessoa, entretanto, somente em algumas interfaces deste sistema o nome social é incluído, gerando situações embaraçosas e desrespeitosas como a impressão de receitas medicamentosas com o nome de registro ou a chamada na recepção pelo nome de registro devido à não inclusão correta em todas as interfaces do sistema, questões desrespeitosas aos direitos da pessoa trans.

*“O que dificulta um pouco também é que a gente não consegue colocar o nome social nas receitas, e elas saem com o nome de registro, coisa que eles não gostam, se sentem constrangidos”. (E8G1)*

Do mesmo modo o cuidado de não chamar as pessoas pelo nome de registro, se assim o preferirem, e ao usar os pronomes de tratamento durante o atendimento, fortalecendo a abordagem humanizada e empática na consolidação do cuidado. A fim de contornar a não inclusão do nome social no sistema de informação, os participantes tinham a cautela de avisarem e informarem do nome social da pessoa uns aos outros antes de chamá-los para o atendimento, evitando assim o desrespeito ao nome social.

*“Da pessoa vir e falar ‘é o paciente tal e o nome social dele é tal’ para eu não ver o nome de registro do paciente no computador e chamar a pessoa por esse nome e só depois me dar conta que era um paciente trans, então sempre tem esse cuidado”. (E9G2)*

Buscando contornar e aperfeiçoar os problemas enfrentados na gestão do cuidado os participantes desenvolvem e utilizam métodos para tal, entre eles está o compartilhamento informal de experiências entre profissionais, que é percebida de forma positiva pelos participantes, uma vez que profissionais com maior experiência no cuidado à pessoa trans podem auxiliar e compartilhar vivências, fortalecendo o atendimento.

*“A gente até conversa bastante sobre isso, conversa a respeito de alguma situação, informalmente a gente discute bastante sobre isso e é muito legal falar sobre situações reais”. (E3G1)*

Para mais, os profissionais com maior aprofundamento sobre as questões de saúde da população trans e com mais experiência neste atendimento realizaram oficinas e momentos de sensibilização sobre a temática e a discussão sobre o assunto em reuniões mensais, a fim de ampliar e humanizar os saberes e práticas dos demais profissionais, buscando a assistência e gerencia integral do cuidado.

*“A partir dos primeiros pacientes que a gente atendeu foi percebido que a equipe ficava sem jeito, não sabia como se comportar com receio de ‘fazer alguma coisa errada’ e ao mesmo tempo cometendo deslizes não por maldade, mas por desconhecimento mesmo, e isso [despreparo] serviu de gatilho para a gente sensibilizá-los [...] foi levado uma parte da política, debates de gênero e sexualidade para o pessoal entender, e a partir daí as coisas ficaram mais suaves”. (E10G2)*

Além disso, os participantes referiram o compartilhamento do cuidado através de interconsultas, pontuando a importância do cuidado multiprofissional à pessoa trans, buscando compreender e atender o conjunto de especificidades desta população. Os dados evidenciaram

que dentre os motivos de busca pelos serviços, além daqueles não relacionados à identidade de gênero, há a busca pela hormonização, de modo que o matriciamento com o profissional médico torna-se fundamental para gerir o cuidado da melhor maneira possível, sendo ainda a prescrição de hormonioterapia bastante restrita à atuação médica.

*“Fora a questão do nome social não muda muito, o matriciamento da Enfermagem e da Medicina é muito da sensibilidade do profissional de entender e saber acolher essa pessoa como uma pessoa trans, saber que sofrimentos envolvem ser transexual e poder dar esse ambiente para essa pessoa”. (E9G2)*

*“Se a equipe não estiver trabalhando junto fica muito difícil fazer promoção de saúde, então essa população acaba sofrendo um pouco por não ter uma equipe bem preparada para cuidar de todos os problemas que essa população tem é fundamental ter o cuidado multiprofissional”. (E13G2)*

O componente *consequências* – “Aperfeiçoando e fortalecendo a gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde” caracteriza as repercussões e desfechos das ações e interações relacionadas ao fenômeno. Os participantes reconhecem a importância da educação continuada para aprimorar a prática profissional e para o desenvolvimento do gerenciamento do cuidado de forma efetiva e competente.

*“Buscar conhecimento é um diferencial, ter respeito ao nome social e identidade de gênero eu acho que é obrigação de todos os profissionais de saúde, mas para os que acreditam que temos que ser um sistema de saúde baseado na equidade, tratar diferente quem é diferente, esse conhecimento técnico e especializado é muito importante”. (E11G2)*

Participantes que puderam realizar mais atendimentos à população trans perceberam maior segurança e autonomia para falar sobre questões de sexualidade durante os demais atendimentos, tendo em vista que esse assunto se torna recorrente nas consultas, tornando-se uma potencialidade do cuidado.

*“Uma das coisas que me ajudou bastante é a abordagem da sexualidade, falar sobre sexualidade e gênero ainda é um tabu na sociedade [...] como se torna rotina ter que abordar sexualidade no consultório dessa população então isso facilitou enormemente várias outras coisas para os outros pacientes”. (E10G2)*

Através do respeito e do cuidado compartilhado os participantes apontam a possibilidade de tornarem os serviços de saúde vinculados às pessoas, de tal forma a fortalecer a gerência do cuidado, pois com o maior acesso desta população aos serviços de saúde ações de promoção e prevenção podem ser realizadas, evitando agravos de saúde, além do aprimoramento e sensibilização do cuidado.

*“[...] mostrar para essas pessoas que as unidades de saúde são locais seguros para vir, que possam considerar como um local de segurança e acolhimento e que eles não vão sofrer transfobia. ” (E9G2)*

Ademais, realização de capacitações e oficinas de sensibilização sobre a temática por iniciativa da Secretaria de Saúde foram sugeridas, de tal modo que as pessoas trans não precisem ser referenciadas à serviços especializados, como o Ambulatório Trans, que funciona em um centro de saúde específico somente uma vez na semana; bem como a elaboração e o desenvolvimento de protocolos específicos de atendimento às singularidades em saúde da população trans, fortalecendo a resolutividade e ampliação dos serviços da APS.

*“Faltam balizas técnicas como protocolos e materiais específicos para que se amplie muito mais o acesso dessa população, seja para hormonização ou outras demandas na Atenção Primária e em nível nacional, não existe material nacional que respalde isso. ” (E10G2)*

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo apresentou aspectos que fragilizam o acesso da população trans à APS, permeados por incertezas e dificuldades dos profissionais de saúde ao realizarem a gestão do cuidado a essa população. Ainda, ressaltam a necessidade de aperfeiçoamento de seu conhecimento e prática profissional para efetivar a equidade dessa população no serviço de saúde.

Corroborando aos achados desta pesquisa, estudo estadunidense afirma em seus resultados que a população LGBT evita acessar os serviços de saúde, por estes não possuírem profissionais sensibilizados e com conhecimentos aprofundados sobre suas especificidades e necessidades em saúde (ROUNDS; MCGRATH; WALSH, 2013).

O não-respeito ao nome social e o preconceito culturalmente enraizado na sociedade também foram percebidos como um dos motivos pelos quais a população trans não acessa e realiza o acompanhamento regular em saúde. Estudo realizado no estado do Novo México – Estados Unidos, usuários LGBT dos serviços de saúde relatam lutas constantes contra o medo e ansiedade ao procurar assistência em saúde devido à discriminação e preconceito percebidos em situações anteriores, alegando que já omitiram informações relevantes sobre si mesmos para evitar desconforto pessoal e assegurar o cuidado (KANO et al., 2016).

Compreendendo estes aspectos que entram o acesso da população trans, tramita no Congresso Nacional atualmente o projeto de lei 5002/2013, que se baseia no reconhecimento

pleno da identidade de gênero da população trans, assegurando a despatologização das identidades trans e acesso à saúde no processo transexualizador, buscando garantir a equidade e humanização da gerencia do cuidado (BENTO, 2014).

Não respeitar o uso do nome social no tratamento configura desrespeito aos direitos das pessoas trans, acontecendo em grande parte do curso do atendimento nos serviços de saúde, conforme evidencia um estudo realizado com 14 pessoas trans ao sul do Brasil, onde estes afirmam que já sofreram tal violência institucional, oprimindo a subjetividade de suas identidades (ROGERS et al., 2016).

Em contrapartida a isto, a possibilidade de inclusão do nome social das pessoas trans no prontuário eletrônico torna-se aliada à efetiva gestão do cuidado, corroborando às recomendações da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero, que indica que as variáveis demográficas dos registros eletrônicos em saúde incluam nome social e identidade de gênero, tendo em vista a satisfação da pessoa trans e a qualidade do atendimento prestado decorrente das repercussões destas ações, de tal forma que os sistemas de informação em saúde devam responder às especificidades desta população por meio da implementação de ajustes e aprimoramentos (DEUTSCH et al., 2013).

A inclusão do nome social no prontuário eletrônico é uma realidade neste contexto, entretanto, deve-se refletir acerca da alteração do sexo, conforme aponta Bento (2014), pois manter o sexo e alterar o nome torna-se uma forma de condenar esta pessoa a uma morte em vida, não a compreendendo e respeitando-a em sua totalidade enquanto ser humano.

Além do respeito ao uso do nome social, a utilização correta de artigos e pronomes de tratamento é primordial para a realização da gestão do cuidado de forma sensibilizada, humanizada e respeitosa, entretanto, alguns participantes referiram insegurança e incerteza quanto a isto. Pesquisa realizada em Nova York reforça a importância de se perguntar à pessoa como ele deseja ser chamado, individualizando o cuidado com empatia, profissionalismo e compreensão, bem como a utilização de artigos e pronomes de tratamento baseados na identidade de gênero da pessoa, e de modo algum ao sexo atribuído ao nascimento (LEVITT, 2015).

Ainda na perspectiva de situações dificultosas no gerenciamento do cuidado, a abordagem de questões relacionadas à sexualidade durante as consultas de Enfermagem é realizada, na maioria das vezes, de forma tímida e insegura pelos participantes deste estudo, corroborando com os achados de uma revisão integrativa com o objetivo de revisar as práticas de Enfermagem em relação à sexualidade, realizada a partir de 38 artigos, que aponta em seus resultados a falta de confiança sentida por enfermeiros ao abordar questões de saúde sexual

durante a prática assistencial, bem como desconforto, em grande parte atribuída à cultura patriarcalmente machista no qual estão inseridos, onde abordar tais assuntos é tido como tabu e não sendo realizada de forma livre e natural (MACLEOD; NHAMO-MURIRE, 2016).

Tais aspectos podem interligar-se com o não aprofundamento sobre a saúde da população trans durante a graduação, refletindo a fragilidade no gerenciamento do cuidado, indo de encontro aos resultados de um estudo canadense realizado com 15 profissionais de saúde – enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais –, onde a maioria destes participantes identificaram poucas oportunidades para a educação sobre a saúde da população LGBT durante a formação profissional, refletindo em pouca aplicabilidade no contexto da prática de trabalho (DALEY; MACDONNEL, 2015).

Objetivando o aprimoramento e o fortalecimento da gestão do cuidado e da prática profissional, a residência em saúde da família e a educação continuada tornam-se substanciais, pois a partir das experiências vividas e do aprofundamento teórico os profissionais da saúde aperfeiçoam o desenvolvimento das ações realizadas diariamente, tendo em vista a fragilidade na graduação apontada pelos participantes, dados reforçados por um estudo realizado em Boston, onde enfermeiros enfatizam a necessidade e a importância de preparação e aprimoramento de competências para fornecer cuidados de alta qualidade para pessoas trans (TORRES et al., 2015).

Além destas possibilidades de crescimento pessoal e profissional, o compartilhamento de experiências de forma informal é compreendido como um espaço positivo de aprendizado e construção de novos conhecimentos, conforme elucidado em um estudo realizado em Belo Horizonte com sete enfermeiros, onde trabalho em equipe e espaços de vivências e ideias são vistos fundamentais para compreender e enfrentar a complexidade da APS, percebendo o contexto familiar, social e pessoal ao qual se encontram os usuários, bem como as especificidades em saúde da população trans (CAÇADOR et al., 2015).

Desta maneira, não somente o compartilhamento de experiências é fundamental para o eficaz gerenciamento em saúde, mas também o compartilhamento do cuidado, tendo em vista que para além da lógica biomédica e curativa, a população trans carece de serviços competentes e que possam oferecer – através de atendimento interdisciplinar e multiprofissional – a atenção integral à saúde, buscando o olhar global para as especificidades em saúde desta população de forma respeitosa e autônoma, garantindo a equidade de acesso proposta pelo SUS, conforme evidenciado por um estudo realizado no Espírito Santo com 15 pessoas trans, onde estes reivindicam atendimento multiprofissional e compartilhado a fim de garantir assegurar o atendimento e cuidado necessários (ROCON et al., 2018).

## CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que a gestão do cuidado à população trans é compreendida como um conjunto de atividades singulares baseadas na individualização do atendimento, respeito às dimensões do ser humano, em especial a identidade de gênero, e a humanização do cuidado, tornando-se necessário o atendimento interdisciplinar e multiprofissional, desenvolvimento de estratégias como capacitações, reuniões de sensibilização, educação continuada e a residência em saúde da família para contornar os constantes desafios vivenciados para a concretização deste gerenciamento e efetivação das políticas públicas em saúde. Tais aspectos tornam possível o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e dos atendimentos realizados à população trans, de tal forma a tornar referência e vincular os profissionais e a rede à esta população, além da resolução e olhar integral sob as necessidades em saúde da pessoa trans.

Esta pesquisa se limita por compreender como ocorre a gestão do cuidado à pessoa trans na APS em apenas um cenário, além disso, o fato dos serviços da rede entrarem em estado de greve durante a coleta de dados delimitou a possibilidade de se expandir a amostragem teórica.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.707, de 18 de agosto de 2008**. 2008.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p.
- BENTO, Berenice. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 1, p.165-182, jun. 2014.
- CAÇADOR, Beatriz Santana et al. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.612-619, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.
- CICERO, Ethan; WESP, Linda. Supporting the Health and Well-Being of Transgender Students. **The Journal of School Nursing**. Winsconsin, p. 95-108. ago. 2017.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE, 2015.

DALEY, Andrea; MACDONNELL, Judith A. 'That would have been beneficial': LGBTQ education for home-care service providers. **Health & Social Care in the Community**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.282-291, 27 nov. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12141>.

DEUTSCH, Madeline B et al. Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. **Journal of the American Medical Informatics Association**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.700-703, jul. 2013. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001472>.

KANO, M. et al. Stakeholders' Recommendations to Improve Patient-centered. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.156-160, 1 jan. 2016. American Board of Family Medicine (ABFM). <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2016.01.150205>.

LEVITT, Nathan. Clinical Nursing Care for Transgender Patients with Cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.362-366, 1 jun. 2015. Oncology Nursing Society (ONS). <http://dx.doi.org/10.1188/15.cjon.362-366>.

MACLEOD, Catriona; NHAMO-MURIRE, Mercy. The emancipatory potential of nursing practice in relation to sexuality: a systematic literature review of nursing research 2009-2014. **Nursing Inquiry**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.253-266, 5 maio 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/nin.12131>.

MATOSO, Leonardo Magela Lopes. O PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DA HOMOSSEXUALIDADE MASCULINA. **Saúde (Santa Maria)**, [s.l.], p.27-34, 22 jul. 2014. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/223658349267>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 66, n. esp, p.158-164, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>.

ROGERS, João et al. Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p.49-58, mar. 2016.

ROCON, Pablo Cardozo et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 64, p.43-53, 7 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0712>.

ROUNDS, Kelsey; MCGRATH, Barbara Burns; WALSH, Elaine. Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care. **Contemporary Nurse**, [s.l.], v. 44, n. 1, p.99-110, abr. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2013.44.1.99>.

SILVA, Simone Santana da; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia de saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.2-9, 17 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>.

TORRES, Carlos G. et al. Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. **Bmc Pediatrics**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.2-10, 18 nov. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0505-6>.

WHO - World Health Organization. **Gender, equity and human rights**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/gender-equity-rights/en/>>. Acesso em: 21 maio 2018.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que para efetiva gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde o cuidado multiprofissional e interdisciplinar é imprescindível, uma vez que os diferentes saberes e conhecimentos dos profissionais se complementam, construindo a integralidade da assistência e fortalecendo o vínculo destas pessoas com os serviços de saúde.

Além disso, este gerenciamento do cuidado é compreendido como complexo, tendo em vistas os desafios enfrentados para garantir o acesso dessa população à rede. Motivos que podem distanciar as pessoas trans da busca por atendimento em saúde são elencados, como o preconceito social e cultural institucionalizado, o não-respeito ao uso do nome social, que fere a subjetividade da identidade de gênero e os direitos dessa população e o contexto social ao qual esta pessoa está inserida.

É notória a relevância de capacitações e oficinas de sensibilização para o fortalecimento do atendimento às necessidades em saúde desta população, de tal forma que a residência em saúde da família e a educação continuada aliam-se na formação e no aperfeiçoamento profissional dos participantes, subsidiando boas práticas em saúde e o aprofundamento teórico das especificidades do cuidado à população trans.

A utilização da Teoria Fundamentada nos Dados como perspectiva metodológica possibilitou o alcance do objetivo, tornando-se uma experiência enriquecedora para o aprendizado em pesquisa.

Os resultados alcançados trazem contribuições para a Enfermagem e para a demais esferas da saúde, mostrando a fragilidade no acesso desta população aos serviços e elucidando estratégias e formas de se fortalecer a gestão do cuidado, ampliando assim o alcance e ação da APS, tornando o acesso equânime e humanizado.

Esta pesquisa se limita por compreender apenas uma realidade, além disso, a recusa de alguns profissionais em participar do estudo por não terem experiência no atendimento e gerenciamento do cuidado à pessoa trans e o fato dos serviços de saúde do município entrarem em greve durante o período de coleta de dados delimitou a possibilidade de se expandir a amostragem teórica.

## REFERÊNCIAS

ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017**. Brasil. 2017.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.15-41, jul. 2009.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.223-230, set. 2012.

**Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 3, n. 3, p.177-188, mar. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL, Ministério da Educação. **Gênero e Diversidade Sexual na Escola: reconhecer diferenças e superar preconceitos**. Brasília: Ministério da Educação, 2007. 87 p. Disponível em: <[http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/bib\\_cad4\\_gen\\_div\\_prec.pdf](http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/bib_cad4_gen_div_prec.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: Ministério da Educação, 2009. 455 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.707, de 18 de agosto de 2008**. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA N° 4.279**. PORTARIA N° 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. PORTAL BRASIL. **Cirurgias de mudança de sexo são realizadas pelo SUS desde 2008**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. **PORTARIA N° 2.803**: PORTARIA N° 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013(\*). Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

\_\_\_\_\_. **a. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, p.552-563, set. 2012.

CICERO, Ethan; WESP, Linda. Supporting the Health and Well-Being of Transgender Students. **The Journal of School Nursing**. Winsconsin, p. 95-108. ago. 2017.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.482/97**: Resolução CFM nº 1.482/87. Brasília: Diário Oficial da União, 1997. 1 p.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.955/2010**: Resolução CFM nº 1.955/2010. Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE, 2015.

DIAS, Maria Berenice; ZENEVICH, Letícia. Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável. **Revista Gênero e Direito**, Paraíba, v. 2, n. 2, p.11-23, 2014.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. 2017. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Revista Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.61-73, jun. 2014.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasília, 2012.

LANZONI, G. M. M. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde**. 2013. 295 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LIM, Fidelindo; HSU, Richard. Nursing Students' Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons: An Integrative Review. **Nursing Education Perspectives**, Wanshigton, v. 37, n. 3, p.144-152, maio 2016.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde: e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.43-63, nov. 2009.

MERRYFEATHER, Lyn; BRUCE, Anne. The Invisibility of Gender Diversity: Understanding Transgender and Transsexuality in Nursing Literature. **NursingForum**. Malden, p. 110-123. jun. 2012.

MODESTO, Edith. Trans/gênaridade: um complexo desafio. **Via Atlântica**, São Paulo, v. 24, n. 5, p.49-65, dez. 2013.

MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.323-332, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>.

MOTT, Luiz; MICHELS, Eduardo. **Pessoas LGBT mortas no Brasil - Relatório 2017**. Bahia: Grupo Gay da Bahia, 2017. 27 p.

RAMOS, L. H. et al. **Prática clínica do enfermeiro**. São Paulo: UNIFESP, [2012]. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2017.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p.257-263, mar. 2013.

\_\_\_\_\_, José Luís Guedes dos et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.97-103, set. 2013.

SANTOS, Jose Luis Guedes dos et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.1-8, maio 2016.

SENNA, Monique Haenske et al. Meanings of care management built throughout nurses' professional education. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.196-205, 17 jun. 2014. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200003>.

SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1101-1122, fev. 2013.

SIEWERT, Josiane Steil et al. MANAGEMENT OF INTEGRAL CARE IN NURSING: REFLECTIONS UNDER THE PERSPECTIVE OF COMPLEX THINKING. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p.1-5, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170057>.

SKERLE, Janet; LAWLER, Kate. Nursing care needs of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender persons. **Pennsylvania Nurse**, Pennsylvania, v. 14, n. 3, p.24-27, mar. 2015.

SOUSA, Lucia Aulete Burigo; GRAUPE, Mareli Eliane; LOCK, Geraldo Augusto. **Gênero na escola**: Políticas públicas para superar preconceitos. Curitiba: Editora Crv, 2015. 241 p.





## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Eduarda Grams Salum, juntamente com a Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (orientadora), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “*Gestão do cuidado a pessoa trans na Atenção Primária à Saúde*”, que tem como objetivo “Compreender como ocorre a *gestão do cuidado à pessoa trans na Atenção Primária à Saúde*”.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (CEPSH) sob o Parecer de número 2.620.202 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 79344917.3.000.0121.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será áudio-gravada, com duração de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente a entrevista será transcrita sem que você seja identificado (a) em qualquer momento do estudo.

Este estudo não lhe trará benefícios em curto prazo, porém para a sociedade contribuirá com as atividades desenvolvidas pelos profissionais, proporcionando a reflexão da sua prática e contribuindo para o aprimoramento na área da Gestão do Cuidado às pessoas em transição de gênero e para novas pesquisas nesta área de conhecimento. O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade, contudo estamos dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista se assim você desejar, retornando a coletar os dados sob sua anuência tão logo se sinta à vontade para continuá-la.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos. O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos

que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinado e rubricado em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. As instituições participantes deste estudo serão codificadas por números, reforçando assim o sigilo das informações.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a Profa. Orientadora Alacoque Lorenzini Erdmann pelo telefone (48) 99641-1875, e-mail [alacoque.erdmann@ufsc.br](mailto:alacoque.erdmann@ufsc.br) ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, 119 Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Ou poderá entrar em contato com a pesquisadora e graduanda Maria Eduarda Grams Salum pelo telefone (48) 98801-0180, e-mail [dudasalum1@gmail.com](mailto:dudasalum1@gmail.com) ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 402. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, e-mail [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br) ou pelo endereço Pró- Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II,

Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário  
Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

---

Maria Eduarda Grams Salum (Pesquisadora Responsável)

---

Alacoque Lorenzini Erdmann (Orientadora)

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANEXO A – Declaração de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 17 de Outubro de 2017.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **“GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA EM TRANSIÇÃO DE GÊNERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FLORIANÓPOLIS”**, da pesquisadora responsável MARIA EDUARDA GRAMS SALUM . Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e da Resolução 510, de 7 de abril de 2016 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com o projeto e rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador e ajustes solicitados pelo serviço. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à **apresentação do parecer favorável do CEPESH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.**

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Escola de Saúde Pública  
Matricula 26212-9  
SMS - PMF

---

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS  
Escola de Saúde Pública de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA EM TRANSIÇÃO DE GÊNERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** Alacoque Lorenzini Erdmann

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 79344917.3.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.620.202

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa "Gestão de Cuidado à Pessoa em Transição de Gênero na Atenção Primária à Saúde" será desenvolvida mediante entrevista com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) que atuam diretamente com pessoas em transição de gênero nos Centros de Saúde de Distritos Sanitários de Florianópolis.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do trabalho é "compreender como se dá a gestão do cuidado à pessoa em transição de gênero na Atenção Primária à Saúde".

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Definição clara dos riscos e benefícios e determinação das ações a serem executadas

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

#### Recomendações:

As assinaturas dos pesquisadores e do participante da pesquisa devem estar na mesma página.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182 – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II  
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE  
CONCLUSÃO DE CURSO

A Aluna Maria Eduarda realizou um estudo em temática relevante obtendo resultados significativos para a prática da Gestão do Cuidado à pessoa Trans na APS. Demonstrou aprofundado e domínio da TFD com o aprofundamento devido e necessário. Possui forte potencial em pesquisa e perspectivas para a formação em pós-graduação. Aluna dedicada, interessada, responsável e forte potencial para o trabalho intelectual de natureza científica. Aprovada com louvor.

Florianópolis, 08 de junho de 2018.

Nome e Assinatura do Orientador

ALACOQUE LORENZINI ERDMANN