

MAPEAMENTO DE SAÚDE DAS TRANSMASCULINIDADES VIVENDO NO BRASIL

Edição
2023



© Instituto Brasileiro de
Transmasculinidades – IBRAT
E-mail: diretoriaibrat@gmail.com

Coordenação IBRAT 2023-2025

Fabian Algarte da Silva
Enzo Gael Loureiro Gomes

Coordenador do Núcleo de Pesquisas IBRAT (2023/2024)

Cello Latini Pfeil

Coordenador de projeto

Enzo Gael Loureiro Gomes

Pesquisadores

Bruno Latini Pfeil
Dom Erick Lopes Amurúz
Murillo Medeiros Carvalho

Operador do site bancário

Fabian Algarte da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Mapeamento de saúde das transmasculinidades
vivendo no Brasil [livro eletrônico]/ coordenador do
projeto Enzo Gael Loureiro Gomes ; coordenador da
pesquisa Cello Latini Pfeil ; pesquisadores Bruno
Latini Pfeil, Dom Erick Lopes Amurúz, Murillo
Medeiros Carvalho. -- Curitiba, PR : IBRAT, 2024.
PDF

ISBN 978-65-981173-1-3

1. Identidade de gênero - Brasil 2. LGBTQ+ - Siglas -
Direitos 3. Saúde pública - Brasil 4. Transexuais I.
Gomes, Enzo Gael Loureiro. II. Pfeil, Cello Latini. III.
Pfeil, Bruno Latini. IV. Amurúz, Dom Erick Lopes. V.
Carvalho, Murillo Medeiros.

24-195085

CDD-614.0981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Saúde pública 614.0981

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

ISBN: 978-65-981173-1-3



9 786598 117313

SUMÁRIO

Lista de gráficos	3
Lista de tabelas	5
Apresentação	6
Introdução	8
Sobre a [des]patologização das identidades trans	11
Perfil Socioeconômico	21
Transmasculinidades e Saúde	29
Conclusão	48

Lista de gráficos

Gráfico 1 Qual a sua idade?	21
Gráfico 2 Qual a sua orientação sexual?	22
Gráfico 3 Qual a sua identidade de gênero?	23
Gráfico 4 Qual a sua etnia/raça/cor?	24
Gráfico 5 Renda familiar	25
Gráfico 6 Cruzamento de dados Raça/etnia e Renda familiar	26
Gráfico 7 Escolaridade	27
Gráfico 8 Atualmente está trabalhando em emprego formal?	27
Gráfico 9 Região onde reside	28
Gráfico 10 Você frequenta algum posto de saúde (UBS, POLICLÍNICA, AMBULATÓRIO)?	29
Gráfico 11 Cruzamento de dados Acesso a posto de saúde e Etnia/Raça	30
Gráfico 12 Você já foi atendido em Ambulatório ou Equipamento de Assistência Médica a pessoas trans do seu Município?	31
Gráfico 13 No seu Município, há ambulatório transexualizador?	32
Gráfico 14 Você tem facilidade de acesso aos exames laboratoriais, tais quais exames de sangue, ultrassonografia pélvica e demais exames para o acompanhamento da hormonioterapia?	35
Gráfico 15 Você tem acesso ao atendimento ginecológico com periodicidade?	36

Gráfico 16 Você se hormoniza (testosterona)?	38
Gráfico 17 Cruzamento de dados Uso de testosterona e Raça/etnia	39
Gráfico 18 Cruzamento de dados Uso de testosterona e Renda familiar	39
Gráfico 19 Faz acompanhamento com profissionais da saúde para uso de testosterona?	41
Gráfico 20 Disponibilização do hormônio (Testosterona)	42
Gráfico 21 Você se mantém em contato regular com profissionais de saúde / faz exames periodicamente?"	45
Gráfico 22a Já sofreu alguma transfobia nos espaços de saúde? Se sim, quais transfobias?	46
Gráfico 22b: Já sofreu alguma transfobia nos espaços de saúde? Se sim, quais transfobias?	47

Lista de tabelas

Tabela 1: Caso tenha ambulatório em seu Município, e você já tenha acessado, existem todas as especialidades descritas abaixo?	35
Tabela 2: Quais as maiores dificuldades/obstáculos para aqueles/us que fizeram e/ou desejam realizar a mastectomia?	42
Tabela 3: Quais as maiores dificuldades/obstáculos para aqueles/us que fizeram e/ou desejam realizar a histerectomia?	43
Tabela 4: Quais as maiores dificuldades/obstáculos para aqueles/us que fizeram e/ou desejam realizar a transgenitalização?	44

APRESENTAÇÃO

O Instituto Brasileiro de Transmasculinidades – IBRAT – utiliza-se da coleta e sistematização de informações como ferramenta de visibilidade de nossa população. Diante do descompromisso do poder público em produzir informações sobre nós, cabe a nós desenvolvermos esse trabalho. O fazemos com cuidado, gentileza, ética e objetividade, cientes de que nossa existência é mais que estatística e que nossos gráficos jamais transcendem a importância de nossas falas.

Em uma sociedade que legitima o preconceito, os direitos fundamentais são sempre questionados quando se trata de uma população que não se submete à norma. Inclusive o direito à saúde integral, considerando-se todas as particularidades que nos atravessam.

Pois bem, diante da falta de informações objetivas sobre a nossa realidade em saúde – exceto algumas informações em políticas específicas –, o IBRAT assumiu esse compromisso em efetuar o primeiro mapeamento da saúde da população transmasculina vivendo no Brasil.

O que vocês acompanham aqui é fruto do trabalho de ativistas-pesquisadores transmasculines. Somos nós produzindo e exibindo informações sobre nós.

Essas informações nos ajudarão a dizer à sociedade e ao poder público que existimos e que a qualidade do atendimento em saúde para a população transmasculina está em determinado patamar e tem questões a resolver. Aqui estão informações que podem nos ajudar a construir políticas públicas que realmente respeitem a nossa população.

Agradeço a Enzo Gael Loureiro Gomes por coordenar esse projeto de pesquisa. Sua ideação, organização e liderança sintonizaram esse trabalho do início ao fim.

Agradeço a Cello Latini Pfeil por coordenar o núcleo de pesquisas e trabalhar junto a Enzo na gestão, implementação e revisão desse projeto.

Agradeço a nossos pesquisadores voluntários Bruno Latini Pfeil, Dom Erick Lopes Amuruz e Murilo Medeiros Carvalho. Vocês persistiram e dedicaram seu tempo e sua motivação a um trabalho difícil e fundamental.

Vocês todos nos permitiram chegar até aqui e saber mais sobre nós. A dignidade da população transmasculina não será soterrada na ignorância, no apagamento e no silenciamento que teimam em nos impor.

Nós sobre nós.

Sempre.

Que o conhecimento nos permita avançar juntas e garantir que tenhamos vida!

Nenhum transmasculine a menos.

Fabian Algarte

INTRODUÇÃO

*Bruno Latini Pfeil
Murillo Medeiros Carvalho
Cello Latini Pfeil*

Vivenciamos, no Brasil, uma crítica subnotificação de dados e estatísticas sobre as vidas trans, inclusive em relação ao acesso à saúde, à educação, à empregabilidade. Essa invisibilização, que “joga para debaixo do tapete” a negligência do Estado e a injustiça social, mantém nossa comunidade à margem, principalmente quando atravessada por marcadores raciais, de classe e escolaridade. Desse modo, são urgentes iniciativas que busquem mapear esses dados subnotificados, a fim de promover políticas públicas e ajustes institucionais para alcançarmos justiça social.

Ao focarmos nas questões de saúde, mais especificamente em relação às transmasculinidades, encontramos uma barreira no acesso aos aparelhos públicos – seja por questões estruturais, relacionais ou institucionais –, resultando no abandono do cuidado à saúde integral. A negligência com questões de saúde mental também deixa marcas profundas na comunidade transmasculina, levando a altos índices de suicídio e tentativas de suicídio. Em 2015, se realizou o *Projeto Transexualidades e Saúde Pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans* (NUH/DAA – UFMG, 2015). O projeto organizou um estudo estatístico segundo o qual 85,7% de pessoas transmasculinas já teriam pensado em ou tentado cometer suicídio. Ademais, em 2018, foi realizado o relatório *Homens transexuais: invisibilidade social e saúde mental* (BEZERRA et al., 2018), no qual se constatou que 94,5% das pessoas transmasculinas participantes se sentiram deprimidas em algum momento da vida, com 66,4% apresentando ideação suicida.

O índice de suicídio dentre transmasculines é drasticamente superior ao que verificamos na população em geral. Como encontramos a nós mesmos, em nossas singularidades, dentro de um imaginário social que histórica e politicamente não nos reconhece? No campo da saúde, esse desafio se torna ainda mais dificultoso, pois lidamos não apenas com a invisibilização social, como também com o apagamento institucional. Sem reconhecimento institucional, como equipamentos e dispositivos de saúde contemplariam nossos corpos? A diversidade das

transmasculinidades reflete a multiplicidade interseccional de nossas demandas e necessidades no campo da saúde. Assim, a temática do reconhecimento e da visibilidade não diz respeito apenas à existência social, mas sim, e principalmente, à promoção de políticas públicas voltadas a corporalidades transmasculinas.

Motivados por esse tensionamento, nos debruçamos sobre as transmasculinidades no campo da saúde, desde os obstáculos que encontramos em instituições ambulatoriais, hospitalares e clínicas, até o que almejamos construir dentro das mesmas. Quais serviços de saúde nos são mais urgentes? O que necessitamos e não encontramos ao buscarmos por auxílio ambulatorial, clínico ou hospitalar? Quais são os perfis de pessoas transmasculinas que acessam determinados dispositivos de saúde, e o que estes perfis dizem sobre os diferentes impactos que recaem sobre nós conforme nossas singularidades? Estas são algumas das questões que procuramos averiguar.

Tal como compreendemos a diversidade das existências aqui abarcadas, sabemos que não conseguimos contemplar todos os vetores e marcadores sociais que atravessam as transmasculinidades no Brasil. Temos ciência das limitações dos instrumentos que utilizamos, especialmente em contraste com os obstáculos da invisibilização, não apenas nos meios institucionais, mas também entre nós mesmos. A saga de construir esta pesquisa se apresenta como uma afronta a esse apagamento.

Objetivos

Diante do exposto, nesta pesquisa temos como objetivo traçar as demandas, as dificuldades e as interseccionalidades das transmasculinidades no campo da saúde. Desde o perfil socioeconômico geral das respostas que recebemos até as particularidades de certas especialidades médicas, buscamos identificar os principais obstáculos enfrentados pelas transmasculinidades no Brasil.

Metodologia

Para tanto, adotamos como metodologia a elaboração de um formulário digital com 31 questões fechadas e abertas, sendo: **14 questões de múltipla escolha** para traçar o perfil socioeconômico dos participantes e **17 questões** de múltipla escolha e descritivas para analisar os obstáculos e experiências das transmasculinidades no campo da saúde.

O questionário esteve aberto para receber respostas desde **30/05/2023** até **30/06/2023**. Sua circulação se deu através de redes sociais diversas – Whatsapp, Instagram, Facebook e Twitter –, em grupos compostos majoritariamente por pessoas transmasculinas.

Após o prazo de divulgação, realizamos o tratamento de dados coletados pelo formulário, que recebeu um total de **551 respostas**, via estatística descritiva. Ademais, agregamos à parte inicial do mapeamento uma reflexão teórica que corrobora com os resultados da coleta de dados, e que problematiza os pontos suscitados através de revisão bibliográfica.

Sendo assim, convidamos todes a ler esta pesquisa, tão importante para a comunidade transmasculina no acesso à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, Daniel Sarmiento; BEZERRA, Ana Karla; SOUZA, Roberto Cezar Maia de; NOGUEIRA, Waléria Bastos de Andrade Gomes; BONZI, André Ricardo Bezerra; COSTA, Lidiana Medeiros Mendes da. HOMENS TRANSEXUAIS: INVISIBILIDADE SOCIAL E SAÚDE MENTAL. Temas em Saúde, João Pessoa, v. 18, n. 1, 2018.

Projeto Transexualidades e Saúde Pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans. Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH – UFMG), Departamento de Antropologia e Arqueologia (DAA – UFMG), 2015.

SOBRE A [DES]PATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS

Bruno Latini Pfeil¹

Cello Latini Pfeil²

PELOS DISCURSOS DESSITUADOS DA PATOLOGIZAÇÃO

As ciências humanas convivem com a primazia de um saber que busca se manter em hegemonia. As teorizações que partem de espaços institucionalizados carregam, consigo, a herança moderna e, portanto, colonial de um modo de pensar que invalida outros modos de pensar. Nesse viés, os saberes produzidos por pesquisadores trans se deparam com rejeição, invalidação e deslegitimação. Como corpos trans, é comum nos depararmos com diagnósticos sobre nossos desejos e identidades, mas não só: enfrentamos diagnósticos sobre nossas formas de pensar, sobre nossas estratégias de produção de conhecimento. O rigor científico considera nossos esforços teóricos ‘parciais’ ou ‘subjetivos’ demais e invalida nossa capacidade de análise crítica. Investigando as barreiras acadêmicas contra nossas produções, percebemos “[...] como, através das ciências e das profissões da área da saúde e dos modelos normativos expressos na cultura e na sociedade, se desconsidera a própria experiência trans como legítima” (TENÓRIO & PRADO, 2016, p. 46).

O fenômeno de patologização da transexualidade segue a mesma linha. O surgimento da transexualidade como uma categoria simbólica institucionalizada ocorreu enquanto patologia, passível de ser diagnosticada a partir das miradas biomédicas e cisnormativas daqueles que detêm privilégio epistêmico (GROSFUGUEL, 2016). A autodeterminação não seria uma possibilidade ao indivíduo transexual.

Grosfoguel (2016, p. 30) define racismo/sexismo epistêmico como “a inferioridade de todos os conhecimentos vindos dos seres humanos classificados

1 Psicólogo (CRP05/71525). Mestrando em Filosofia (PPGF/UFRJ). Graduando em Antropologia (UFF). Pós-graduando em Psicanálise e Relações de Gênero: Ética, Clínica e Política (FAUSP). Coordenador da Revista Estudos Transviades. E-mail: brunopfeil8@gmail.com.

2 Doutorando em Filosofia (PPGF/UFRJ). Especialista em Teoria Psicanalítica (CEPCOP/USU). Coordenador da Revista Estudos Transviades. Coordenador do Núcleo de Pesquisas do IBRAT (2023). E-mail: mltpfeil@gmail.com.

como não ocidentais, não masculinos ou não heterossexuais”, e evidentemente não cisgêneros. Estes detentores de privilégio epistêmico, por trás dos muros institucionais, determinaram a transexualidade como patologia e categoria diagnóstica. Veremos como os sujeitos que definiram a transexualidade enquanto tal se enquadram neste modelo de privilégio epistêmico, e como suas elaborações contribuem para a perpetuação da cisnormatividade em âmbito institucional.

Em contexto norte-americano e europeu, a década de 1950 é marcada pelos primeiros registros médicos voltados à categorização diagnóstica da transexualidade, a partir dos estudos do endocrinologista alemão, radicado nos Estados Unidos, Harry Benjamin. Ao identificar os sintomas da transexualidade, Benjamin estabeleceu quais seriam os ‘transexuais de verdade’ e quais seriam ‘falsos transexuais’: os primeiros deveriam ser submetidos a cirurgias transgenitais para adequarem seu corpo à sua identidade. Teria sido esse o estopim para a produção de certa subjetividade trans cisnormativa.

Quase em oposição a Benjamin, o psiquiatra e psicanalista estadunidense Robert Stoller refutava a realização de cirurgias. Para o psicanalista, o tratamento terapêutico para ‘reverter’ a identidade transexual somente seria possível ainda na infância, quando a criança estivesse em processo de formação de seu “núcleo de identidade de gênero”. Stoller compreendia que seriam raríssimos os transexuais ‘de verdade’, e somente estes poderiam se submeter à cirurgia transgenital. Os demais deveriam passar por terapias para assumirem sua homossexualidade, em detrimento de sua supostamente falaciosa transexualidade. Essas maneiras de pensar moldaram as normativas de tratamento da transexualidade em vários países, inclusive no Brasil.

Em 1966, o Hospital John Hopkins, em Baltimore (EUA), inaugurou a Clínica de Identidade de Gênero, uma das primeiras com o propósito de atender pessoas trans. Ao longo das décadas de '60 e '70, os esforços de Benjamin influenciaram a realização de procedimentos cirúrgicos relativos à veracidade médica da transexualidade. Nesse período, organizou-se um forte movimento de institucionalização.

Em 1973, o psicólogo John Money cria o termo ‘disforia de gênero’ para designar um sintoma determinante da transexualidade e, em 1977, surge a *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA) [Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero, em tradução livre], instituição responsável por publicar e atualizar o *Standards of Care* (SOC) [Parâmetros do

Cuidado, em tradução livre] e legitimada como referência mundial para o atendimento de pessoas trans.

Em 1980, a transexualidade é incluída no Código Internacional de Doenças (CID). Em 1994, a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) substitui o diagnóstico de “Transexualismo” por “Transtorno de Identidade de Gênero”, repartindo os diagnósticos por idade e criando ainda outra categoria, a de “Transtorno de Identidade de Gênero Não Especificado”, direcionada a pessoas que não cumpriam com os requisitos dos diagnósticos anteriores.

Os três documentos citados – SOC, CID e DSM – possuem diferenças constitutivas sobre aquilo que seria a ‘identidade trans’. A cada nova edição, as definições diagnósticas são atualizadas. Se o SOC apresentava as cirurgias transgenitais como alternativa primordial de tratamento e defende a terapia triádica (experiência de vida real, terapia hormonal e cirurgia), o DSM se centralizava na identificação dos traços da ‘incongruência’ durante a infância, tangenciando brevemente a questão cirúrgica.

Em suas versões oficiais, o DSM categorizou a transexualidade em tipos e subtipos, recebendo forte influência da psicanálise de Stoller. Em sua quinta versão, o DSM define a disforia de gênero como uma “incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses”. O método diagnóstico ideal seria a observação do comportamento infantil, com atenção em um “forte desgosto com a própria anatomia sexual”.

O CID, por sua vez, em sua décima versão, alocava a transexualidade no capítulo de “Transtornos de Personalidade da Identidade Sexual”, caracterizando-a a partir do “desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto”. Tal ‘identidade sexual’ somente seria medicamente validada caso o indivíduo a apresentasse por ao menos dois anos. Em sua décima primeira versão, vigente a partir de janeiro de 2022, o CID substitui “transtorno de identidade de gênero” por “condições relacionadas à saúde sexual”, tratando da transexualidade como uma “incongruência acentuada e persistente entre o gênero experienciado pelo indivíduo e o sexo que lhe foi designado” (tradução nossa).

Percebemos, então, que a perspectiva endocrinológica/psiquiátrica se preocupa mais com a descoberta das origens biológicas da transexualidade, ao passo que a perspectiva psicanalítica se preocupa com a identificação da transexualidade em infância e idade adulta, questionando o indivíduo sobre seu desejo de assumir uma posição social e identitária divergente da que lhe foi

designada ao nascimento. De um lado ou de outro, a decisão sobre a identidade do indivíduo trans não se detém em suas mãos, mas nas mãos de endocrinologistas, psiquiatras e psicanalistas cisgêneros. É isso que ocorre, hoje, com as transmasculinidades nos espaços de saúde, como veremos posteriormente neste mapeamento. E é interessante observar que ambas as perspectivas possuem o mesmo receio – de serem enganadas por ‘transexuais de mentira’ – e, em virtude disso, promovem uma separação entre os ‘verdadeiros transexuais’ e aqueles que supostamente estariam mentindo sobre sua ‘condição transexual’.

Nos interessamos mais pelas semelhanças entre os referidos documentos do que por suas diferenças; pois suas semelhanças designam aquilo que lhes faz violentos. Seja pela ótica de Benjamin ou de Stoller, o referencial de corpo ideal é cisgênero, heterossexual e endossexo. Há, então, uma colonialidade cishetero-endossexo que o saber biomédico toma como natural.

Discursos sobre disforia de gênero, sofrimento disfórico, ódio ao próprio corpo, relações familiares necessariamente conflituosas, infância traumática, ou qualquer experiência de vida que não se encaixe em um falacioso parâmetro cis e heteronormativo de constituição subjetiva: seriam estes os discursos modeladores da ‘verdade’ sobre a transexualidade. Não seria coerente, nessa perspectiva, que um homem trans fosse bissexual ou homossexual; ou que uma pessoa transmasculina desejasse engravidar; ou que uma pessoa não-binária quisesse fazer terapia hormonal; ou que qualquer indivíduo trans manejasse as tecnologias de gênero como bem entendesse.

Diante disso, Beatriz Bagagli questiona a dinâmica de poder entre o indivíduo trans que busca acesso à saúde e o médico/psiquiatra cisgênero que pode, ou não, lhe conceder tal acesso. O que qualifica a verdade diagnóstica dos laudos médicos que atestam “problemas de gênero”? A autora questiona qual seria o tipo de verdade das narrativas que a cisgeneridade impõe à pessoa trans, para que esta possa ter acesso às tecnologias que deseja. A verdade do laudo existe antes mesmo de sua confecção, da avaliação psiquiátrica, do contato com a pessoa trans. As noções elaboradas e/ou forjadas sobre o “corpo transexual” produziria, *a priori*, diagnósticos, ignorando que aquele corpo se situa em um meio que rejeita sua existência e trabalha continuamente para anulá-la:

[...] o sofrimento da chamada “disforia de gênero” vem da discriminação decorrente dos efeitos da normatividade de gênero e de seus mecanismos coercitivos, impedindo as pessoas trans de perceberem suas identidades de gênero como legítimas e reais a partir de seus corpos. (TENÓRIO & PRADO, 2016, p. 45)

Em outras palavras, o adoecimento que a cisgeneridade nos causa é diagnosticado como fruto da “condição transexual”. Ademais, em relação às transmasculinidades, o apagamento e a invisibilização que nos acometem servem, também, como uma barreira para o acesso à saúde.

Após revisar os documentos e os movimentos de patologização de pessoas trans, percebemos sua amplitude global – o conhecimento dito científico, produzido em mãos daqueles que detêm privilégio epistêmico, se espalhou a, no mínimo, os 194 países alinhados à Organização Mundial da Saúde e que, portanto, encaminham os protocolos diagnósticos do Código Internacional de Doenças.

O atendimento a pessoas trans por profissionais de saúde, ao menos em contexto brasileiro, é caracterizado por Jesus (2016, p. 198) como incapaz de atender as demandas da população trans em sua complexidade; é um atendimento que acaba “desconsiderando suas particularidades, ou considerando, iniquamente, que todas as suas demandas de saúde se restringem ao processo transgenitalizador”. Os elementos que legitimam a identidade trans seriam aqueles que reproduzem o que a cisgeneridade espera de nós, tais como sofrimentos disfóricos desde a infância, angústia por ter nascido no ‘corpo errado’, repulsa aos genitais, desejo de realizar cirurgia transgenital, e expressão de uma heteronormatividade acentuada. O acesso à saúde especializada é burocratizado, embora seja possível identificar, nas últimas versões de SOC, CID e DSM, certa abertura às diversidades sexuais e de gênero, assim como à sua incipiente despatologização.

Ainda assim, em espaços de saúde nos percebemos em um jogo de verdades, em que somos demandados a comprovar a verdade previamente estabelecida sem, com isso, nos anularmos por completo. Tal anulação, contudo, é frequente, pois os dispositivos médicos buscam exatamente anular a posição do indivíduo enquanto sujeito de si mesmo. Quando o indivíduo busca tomar posse de si mesmo, a psiquiatria encontra um empecilho: o indivíduo não deve ser sujeito de si, mas sim cooperar com a verdade instituída sobre ele. O indivíduo deve refletir o diagnóstico, antes mesmo de tê-lo recebido. A verdade do gênero é uma verdade diagnóstica (BAGAGLI, 2016).

Ainda assim, não é incomum nos depararmos com psiquiatras, endocrinologistas e cirurgiões que, apesar de obedecerem à risca os protocolos formais de avaliação e atribuição do diagnóstico de ‘incongruência de gênero’, não hesitam em realizar procedimentos cirúrgicos em crianças intersexo para adequá-las a um ideário heterossexual – e não-assumidamente cisgênero. Ao investigar

registros de 1990 a 2003 em um ambulatório brasileiro de cirurgia pediátrica, Machado (2005, p. 62) identificou a repetição de "expressões como genitália de bom aspecto estético ou cosmético". Tal olhar médico sobre o 'bom aspecto estético ou cosmético' de um corpo denunciam como a cisgeneridade e a heterossexualidade se aliam em torno da endossexualidade:

As técnicas cirúrgicas são empregadas no sentido de tornar a genitália da criança o mais próximo possível do normal, de acordo com determinados padrões de tamanho, forma, terminação do trajeto urinário (mais na ponta do pênis para os meninos; mais abaixo nas meninas) e uso (construir vaginas "penetráveis" e pênis "que penetrem"). (MACHADO, 2005, p. 264)

Estes médicos pediatras almejam garantir 'saúde' às crianças, ou adequá-las a um ideal cishetero-endossexo? Podemos questionar: por que o planejamento de cirurgias em crianças intersexo possui um viés heterossexual, cisgênero e endossexo? Qual normatividade corporal essa medicina defende – apesar de se afirmar desimplicada?

SOBRE A IMPORTÂNCIA DE NOMEAR

Até 2018, no Brasil, as mudanças de nome e gênero em registro civil deveriam ser feitas por processo judicial. O sucesso dos processos de retificação dependia da aprovação de um juiz, por meio da apresentação de 'evidências' de que a pessoa requerente fosse realmente trans. Ou seja, para que pudessem existir aos olhos do Estado, os requerentes deveriam apresentar laudos psiquiátricos/psicológicos, fotografias de si em lugares públicos, testemunhas que atestassem sua transexualidade, e frequentemente também era demandada a apresentação de comprovantes da cirurgia de transgenitalização. Os critérios de classificação da transexualidade determinam os critérios de uma existência plenamente reconhecida pelo Estado e suas instituições. O irreconhecimento institucional da transexualidade e as burocracias em torno de seu reconhecimento se configuram, em nossa interpretação, como sintomas de uma normatividade que se preconiza natural. Por essas vias institucionais se pratica o apagamento histórico das transmasculinidades e não-binariedades.

As narrativas de vida do indivíduo trans, nestes processos de retificação, deveriam condizer com os ideais forjados em medicina/psiquiatria sobre o que é ser uma pessoa trans. E como essa verdade diagnóstica é adquirida? Bagagli se refere a uma "prática de interrogatório" em que a psiquiatria institui a disforia enquanto elemento obrigatório de toda experiência trans. Tudo se transforma em

disforia, desde experiências de infância, frustrações pessoais, desejos de modificação corporal, certa conformação familiar. É um regime de significados de verdade diagnóstica. “Se o sujeito não falar a partir das regras que permitem falar a biologia do corpo disfórico ele será tido então como um sujeito “iludido por si mesmo””, escreve Bagagli (2016, p. 239).

Na constituição dessas narrativas, há um conceito que, embora comumente não nomeado, se faz presente nas entrelinhas: cisgeneridade. O termo ‘cisgeneridade’ é descaradamente rejeitado em espaços institucionalizados de produção de conhecimento, tendo seu uso desencorajado em núcleos de estudos de gênero, e em meios de publicação sobre transgeneridade, diversidade sexual e de gênero etc. Para Rodvalho (2017, p. 366),

[as pessoas cisgêneras] usam a palavra “trans” a todo, a mesma gente que se recusa a empregar “cis”, e usam porque acreditam que ela diz algo, ainda que não saibamos exatamente o quê. Usam porque acreditam que existimos e acreditam que existimos porque já não são capazes de não nos ver, de não nos reconhecer na multidão.

É importante lembrar que ‘cisgeneridade’ é um conceito disseminado com o intuito de despatologizar as identidades trans. Se, desde os primórdios da patologização, somos colocados em oposição à normalidade, com a emergência do conceito de cisgeneridade nos colocamos como antônimo de cis – uma oposição somente categórica, com finalidades desnaturalizantes. Em sua complexidade, o corpo é a materialidade manifesta de uma sociedade generificada e, por isso, é o cerne da hegemonia cisheterossexual, de modo que não exista

[...] nada mais social, político, econômico e cultural do que o corpo. Assim, é no corpo que se instalam a maioria dos conflitos e contradições experimentados pela pessoa transgênera na sua cruzada para ser aceita e incluída pela sociedade no gênero oposto ao que foi classificada ao nascer. (LANZ, 2014, p. 107)

Somos constantemente lembrados dos lugares que ocupamos, ao passo que a cisgeneridade, em aliança com a branquitude, a heterossexualidade e a endonormatividade, não costuma se deparar com elementos que desestabilizem sua certeza sobre si. A cisnormatividade rejeita sua própria nomeação ao mesmo tempo em que designa como patologia aquilo que não a reflete.

A esta recusa da nomeação de si designamos o fenômeno de ‘ofensa da nomeação’. A nomeação institucional da transexualidade, que parte de dentro das academias científicas e nos atravessa, é ofensiva. Uma ofensa, dentre seus pontos de definição, se caracteriza por destituir de um indivíduo sua integridade. Ao

sermos colocados em lugar de desvio somos destituídos de algo que nos é direito – o direito à autodeterminação.

Pessoas inconformes às normas de gênero; pessoas que fogem à verdade do saber-médico; que recusam a narrativa disfórica e performática do laudo diagnóstico; que nomeiam aqueles que se propõem a nomeá-las mostram que não há autoridade que dê conta da *verdade* do indivíduo. A pessoa trans, ou, como escreve Bagagli (2016, p. 241), o sujeito do gênero, “conhece em si a verdade de seu próprio gênero”, e não há máquina, dispositivo, instituição psiquiátrica, médica, ou o que quer que seja que possa obstruir a verdade do indivíduo. A verdade transexual é forjada, primeiro, pela medicina, em seguida pelas próprias pessoas trans como estratégia de acesso e de fuga a essa verdade. O poder do laudo – que não passa de uma nomeação – infere sobre a legislação da vida, e a vida é legislada por sua capacidade de revolta, por sua disruptividade diante da norma.

Diante de nossa capacidade de nomear-nos e nomeá-los, e de mapear as violências que nos acometem e que partem da cisgeneridade, testemunhamos reações de ansiedade por parte daqueles que historicamente nos nomeiam. O conceito de cisgeneridade possui algumas vazões: podemos pensar no termo ‘cis’ como um prefixo da bioquímica, como também no termo ‘cisnormatividade’ dos estudos de gênero. É consenso que a partir do fim dos anos 1990 o conceito se espalhou por dentro da comunidade trans e gênero-dissidente. É utilizado não no sentido de reiterar dicotomias e binariedades, mas de romper com uma dicotomia hegemônica que produz violência, qual seja, entre trans/normal, anormal/natureza. Como escrevemos em outro trabalho,

O que desejamos é a autoafirmação, e não a necessidade de nos defender das determinações que nos são impostas; desejamos nos autoafirmar pela coletividade que integramos, e não – somente – para nos defendermos do que dizem que somos. A nomeação é ofensiva porque, além de supor que não somos capazes de falar, faz suposições sobre sujeitos que não possuem poder estrutural para se autoproclamar, e somente perderá o caráter ofensivo quando entendermos que somente os nomeados são capazes de se nomear. Ao aplicarmos esse princípio ao meio acadêmico, entra em questão a validade da teoria. (PFEIL & PFEIL, 2020, p. 100)

A validade da teoria tem a ver fundamentalmente com a atribuição, ao indivíduo pensante, da capacidade de pensar. Retomamos o privilégio epistêmico. Em nossos estudos, um de nossos maiores pontos de reflexão é ser um corpo transmasculino em espaços institucionalizados de produção de conhecimento. Nos deparamos com núcleos de estudos de gênero que se recusam a reconhecer o conceito de cisgeneridade, que se *ofendem* ao terem suas posturas cisnormativas

nomeadas enquanto tal; nos deparamos com a deslegitimação de nossas identidades, com o apagamento das transmasculinidades; nos deparamos com vertentes feministas diversas que possuem, apesar de suas diferenças, pontos em comum – a cisnorma, a invisibilização das transmasculinidades, a universalização da categoria ‘mulher’. São pontos que reiteram os princípios da patologização, o silenciamento de narrativas trans, a naturalização da cisgeneridade. Não por acaso, nomeamos tais movimentos de *cisfeministas*.

A universalização da categoria ‘mulher’ somente poderia ser interrompida pelo reconhecimento da cisgeneridade; de que corpos transmasculinos e não-binários demandam direitos sexuais e reprodutivos, tal como fizeram e fazem os movimentos feministas. As interferências desse modo de pensar no âmbito da saúde afetam as vidas transmasculinas retirando-nos a possibilidade de acessar dispositivos de saúde; impedindo que homens trans grávidos acessem o pré-natal; constringendo-nos a não adentrar consultórios ginecológicos.

Mapear a incidência destes mecanismos de exclusão, especialmente no campo da saúde, é fundamental. Demarcar a cisgeneridade nesses espaços, de modo a desnaturalizá-la, é etapa necessária para garantir a despatologização de nossas identidades. Reconhecer cisgeneridade como uma categorização política, e não como uma ofensa, é etapa necessária para que retiremos o caráter ofensivo da ‘transexualidade’ institucionalizada. Parece-nos evidente a necessidade de reconhecer a preponderância desses mecanismos, a fim justamente de combatê-los. Em outras palavras, romper o pacto narcísico da cisgeneridade³ é etapa necessária na caminhada por garantia de direitos às transmasculinidades, especialmente no âmbito da saúde.

3 Sobre esse termo, acessar: <https://revistaestudostransviades.com/ensaios-colunas/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAGAGLI, B. (2016). Poder psiquiátrico e transgeneridade: em torno da verdade diagnóstica. In: MESSEDER, S., CASTRO, M. G., MOUTINHO, L. (Orgs.). Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 235-248.

GROSFUGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Revista Sociedade e Estado*, v. 31, n. 1, 2016.

JESUS, J. G. Medicina: uma ciência Maligna? Debate psicopolítico sobre estereótipos e fatos. *Revista Periódicus*. v. 1, n. 5, 2016. Salvador. e-ISSN: 2358-0844

LANZ, L. O Corpo da Roupa: A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Universidade Federal do Paraná. Setor de ciências humanas letras e artes (SCHLA). Curitiba, 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Orientadora: Prof. Dr. Miriam Adelman.

MACHADO, P. S. (2005). O sexo dos anjos: Um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, (24), 249-281.

PFEIL, B. L.; PFEIL, C. L. Um diálogo sobre fronteiras. *Revista Estudos Transviades*, v. 1, n. 2, 2020.

RODOVALHO, Amara Moira. O Cis pelo Trans. *Revista Estudos Feministas*. v. 25, n. 1, 2017.

TENÓRIO, Leonardo Faria Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. Salvador: *Revista Periódicus*, v. 1, n. 5, 2016, p. 41-55.

World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

MAPEAMENTO DE SAÚDE DAS TRANSMASCULINIDADES VIVENDO NO BRASIL

PERFIL SOCIOECONÔMICO

Da totalidade das respostas, em relação à pergunta “Qual a sua idade?”, obtivemos o percentual de que 2,3% das pessoas participantes são menores de 18 anos, 34,5% possuem de 18 a 24 anos, 37% têm de 25 a 30 anos, seguindo para 20% com 31 a 40 anos, 5,1% com 41 a 50 anos e, por fim, 0,7% de 51 a 60 anos, e 0,4% participantes responderam informações não correspondentes à pergunta. Com isso, concluímos que o perfil etário da maioria das pessoas participantes está em torno de 25 a 30 anos, configurando uma população jovem adulta, e com menos participação de pessoas com mais de quarenta anos.

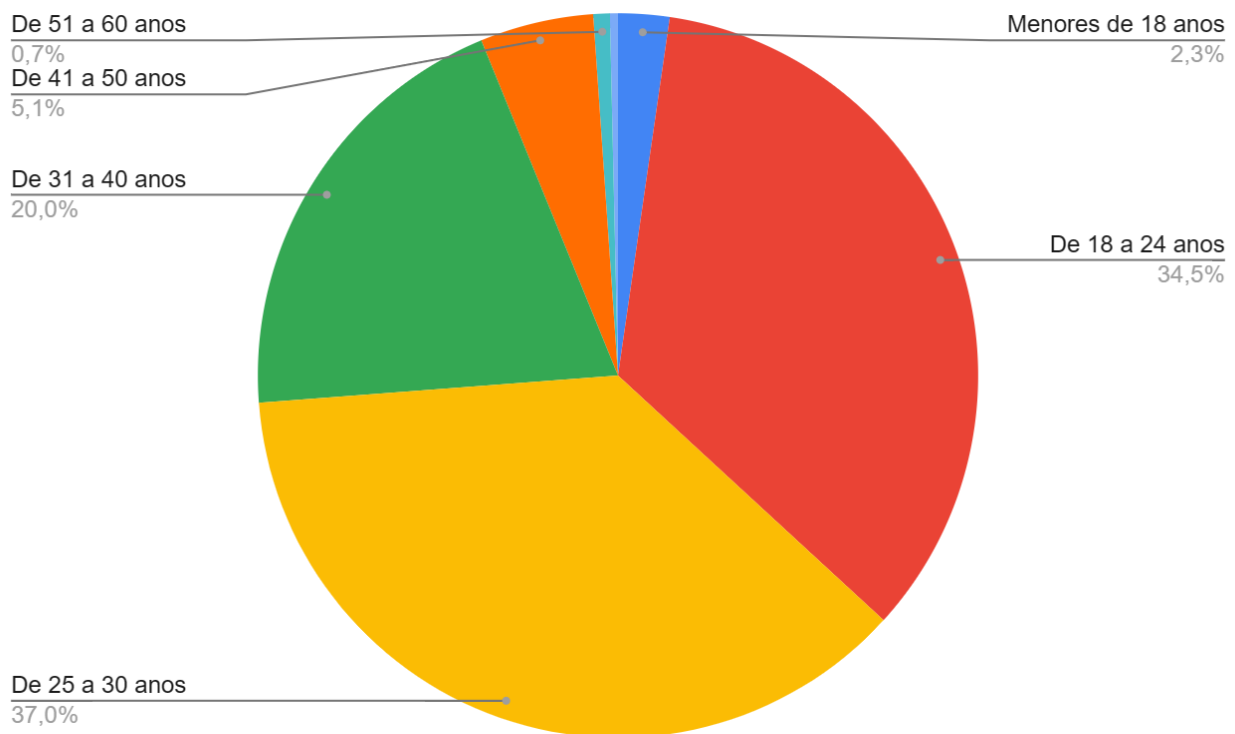


Gráfico 1: Qual a sua idade? Fonte: IBRAT

Na questão “Qual a sua orientação sexual?”, iniciamos com uma maioria bissexual (31,8%), seguindo, em ordem decrescente, para a orientação heterossexual (28%), pansexual (26,9%), assexual (5,4%) e homossexual (3,8%). A opção “Outros” recebeu 4,1% da porcentagem de respostas, se sobressaindo à orientação homossexual.

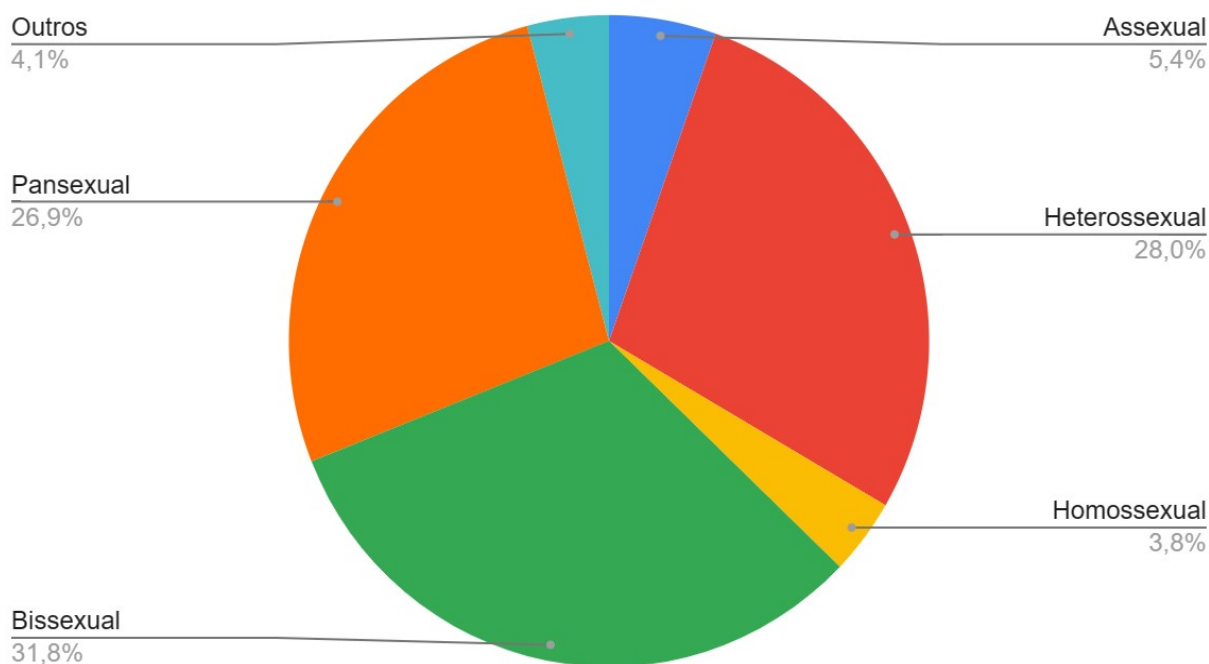


Gráfico 2: Qual a sua orientação sexual? Fonte: IBRAT

Em resposta à pergunta “Qual a sua identidade de gênero?”, obtivemos que a identidade de gênero que recebeu a maioria das respostas foi de homem trans, com mais da metade da porcentagem (54%). Em seguida, temos a identidade de gênero transmasculino (29%), transmasculine (11,8%) e outros (5,2%). Observamos a nítida distinção de respostas entre as categorias *transmasculino* e *transmasculine*. Apesar de possuírem uma escrita similar, a distinção se dá especialmente em relação aos pronomes utilizados pelo indivíduo – no primeiro caso, pronomes masculinos e, no segundo caso, pronomes neutros – e em relação a identidades de gênero não-binárias. É importante destacarmos essa distinção, na medida em que

percebemos sua presença no cotidiano de nossa comunidade em sua ampla diversidade. Ademais, comumente nos deparamos com a rejeição da categoria *homem*, por parte de pessoas transmasculinas, que, ao se reconhecerem dentro das *transmasculinidades*, não se sentem contempladas por categorias de hombridade. Assim, procuramos representar em nossa pesquisa aquilo que percebemos em nossa comunidade, estando abertos às mudanças que possam vir a ocorrer em relação a futuras nomenclaturas.

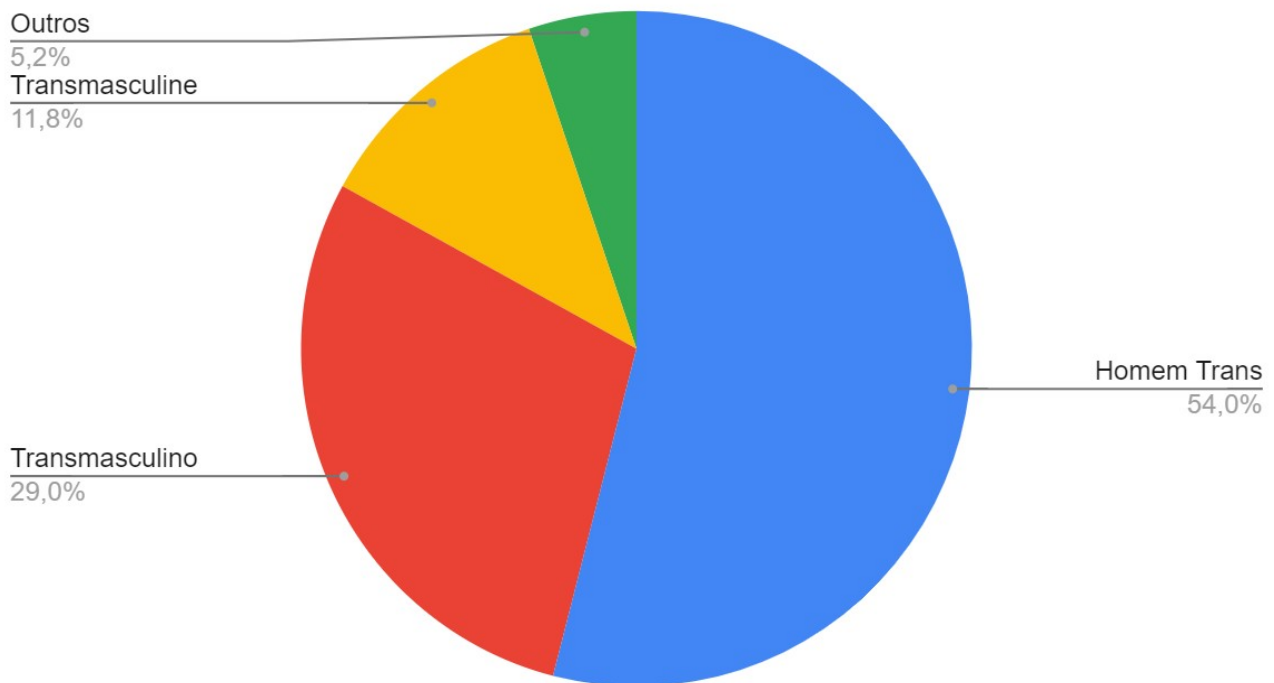


Gráfico 3: Qual a sua identidade de gênero? Fonte: IBRAT

Em resposta à questão “Qual a sua etnia/raça/cor?”, 60,6% das pessoas participantes se declaram enquanto brancas, 21,9% se declaram como pardas, 13,6% se declaram como pretas, 1,8% como amarela, 1,2% como indígena, 0,4% como afro-indígena e 0,4% como povos ciganos.

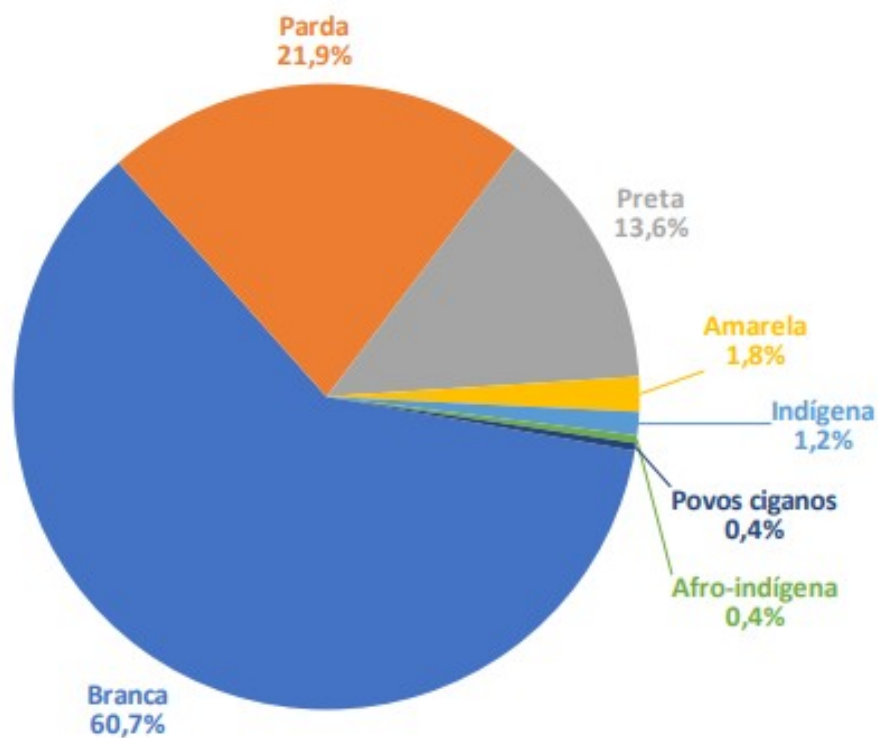


Gráfico 4: Qual a sua etnia/raça/cor? Fonte: IBRAT

No tópico “Renda familiar”, temos que 40,1% dos participantes recebem até um salário mínimo; 24,5% recebem até dois salários mínimos; 12,9% recebem até três salários mínimos; e 22,5% recebem mais de três salários mínimos.

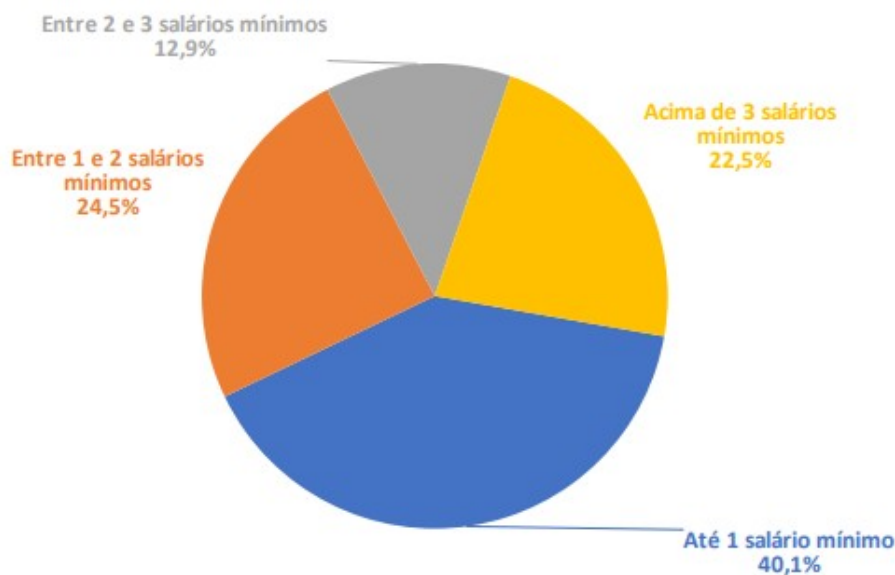


Gráfico 5: Renda familiar. Fonte: IBRAT

Em dados absolutos, segue a proporção de participantes em relação à identificação racial e à renda familiar: das pessoas participantes que se identificam enquanto *afro-indígenas*, 1 recebe até um salário mínimo e 1 recebe dois salários mínimos. Dos respondentes que se identificam enquanto *amarelos*, 3 recebem até um salário mínimo, 3 recebem até dois salários mínimos, 3 recebem mais de três salários mínimos e 1 não informou. Daqueles que se identificam enquanto *brancos*, 103 recebem até um salário mínimo, 86 recebem até dois salários mínimos, 50 recebem até três salários mínimos, 91 recebem mais de três salários mínimos e 4 não informaram. Dentre as pessoas *indígenas* que responderam, temos que 5 recebem até um salário mínimo; 1 recebe até dois salários mínimos e 1 recebe mais de três salários mínimos. Dentre as pessoas *pardas* que responderam, temos que 59 recebem até um salário mínimo, 29 recebem até dois salários mínimos, 9 recebem até três salários mínimos, 21 recebem mais de três salários mínimos e 3 não informaram. Dentre as pessoas oriundas de *povos ciganos*, temos que 1 recebe até um salário mínimo e 1 recebe até dois salários mínimos. Dentre as pessoas

pretas que responderam, temos que 45 recebem até um salário mínimo, 12 recebem até dois salários mínimos, 11 recebem até três salários mínimos, 6 recebem mais de três salários mínimos e 1 não informou.

Em geral, dentre as pessoas *brancas* respondentes, 30,8% recebem até um salário mínimo; dentre as pessoas *pardas*, 48,7% recebem até um salário mínimo; das pessoas *pretas* respondentes, 60% recebem até um salário mínimo; 71% das pessoas *indígenas* respondentes também recebem até um salário mínimo; das pessoas auto-identificadas como *amarelas*, 30% recebem menos que um salário mínimo, assim como 50% dos respondentes *afro-indígenas* e *povos ciganos*. Por outro lado, dentre as pessoas *brancas* respondentes, 27,2% recebem mais de três salários mínimos; das pessoas *pardas* respondentes, 17,3% recebem mais de três salários mínimos; das pessoas *pretas* respondentes, temos que 8% recebem mais de três salários mínimos; das pessoas *indígenas*, temos 14%; das *amarelas*, temos 30% e, das pessoas *afro-indígenas* e dos *povos ciganos*, não temos pessoas que ganham acima de três salários mínimos.

■ Até um salário mínimo ■ Dois salários mínimos ■ Três salários mínimos ■ mais de três salários mínimos ■ Não Informado

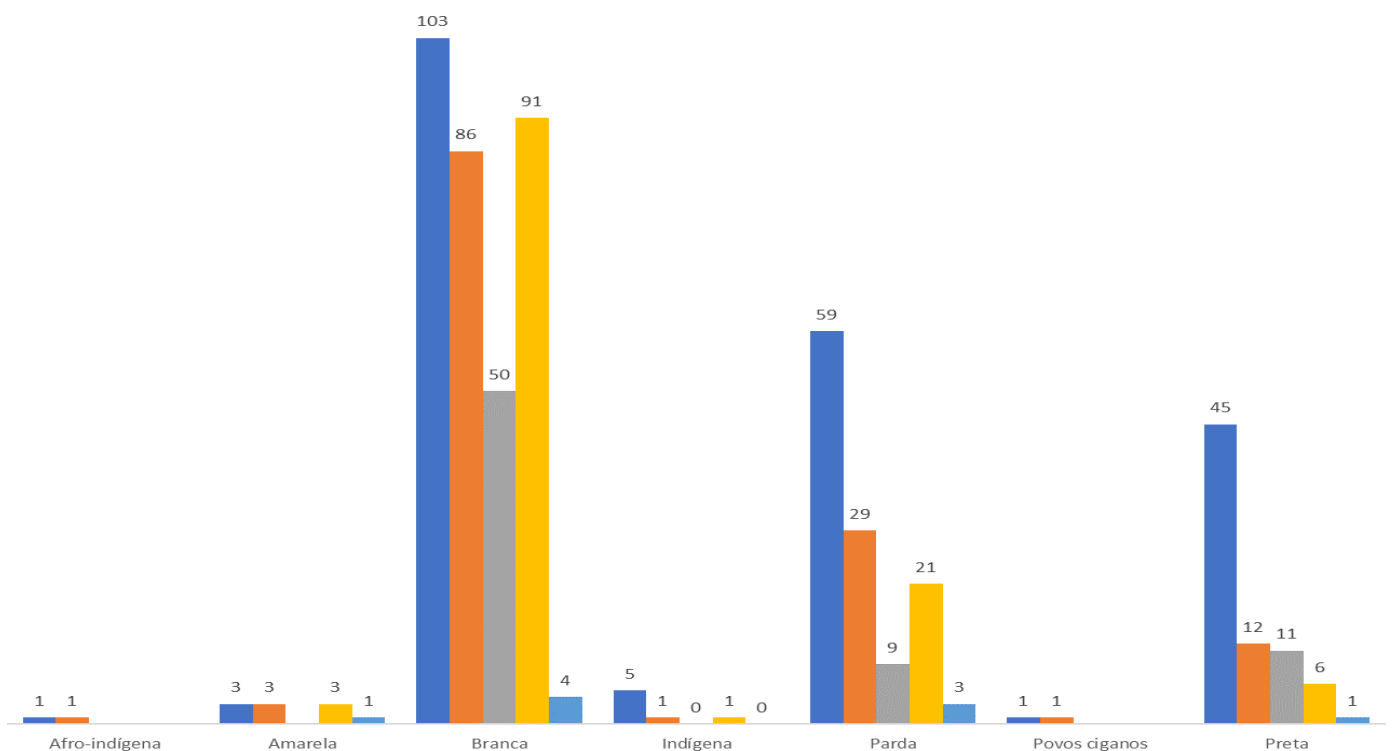


Gráfico 6: Cruzamento de dados Raça/etnia e Renda familiar. Fonte: IBRAT

No quesito da escolaridade, obtivemos, das 551 respostas, que 34,1% possuem ensino superior incompleto. Em seguida, em ordem decrescente, temos que 24,7% possuem ensino médio completo; 23% têm ensino superior completo; 12,6% possuem pós-graduação; 2,8% possuem ensino médio incompleto; 1,5% têm ensino fundamental completo; e, ao final, 1,3% tem ensino fundamental incompleto.

É possível inferir a partir dos dados que o perfil escolar da maioria das pessoas participantes é de ensino superior incompleto. Somando todas as pessoas que conseguiram ingressar no ensino superior, agregamos 69,7% do total de respostas.

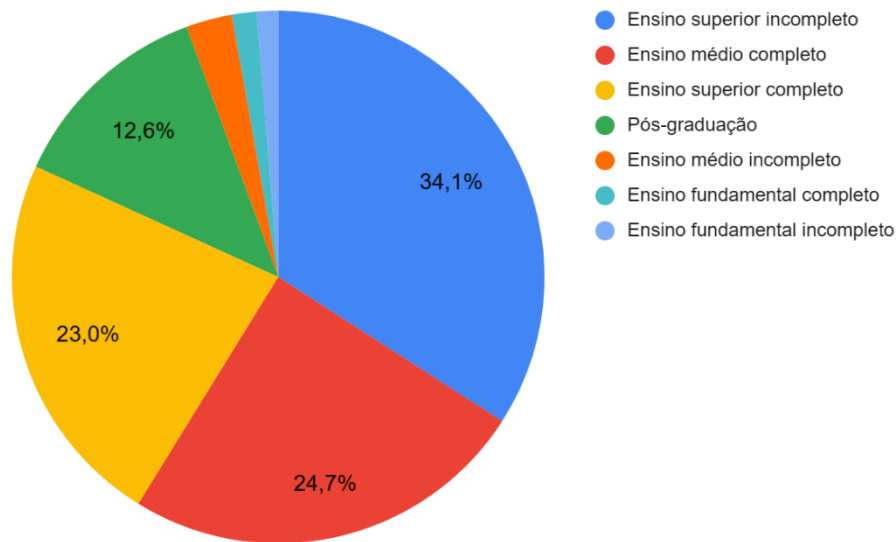


Gráfico 7: Escolaridade. Fonte: IBRAT

Em resposta à pergunta “Atualmente, está trabalhando em emprego formal?”, 56,2% responderam que sim, e 43,8% responderam que não.

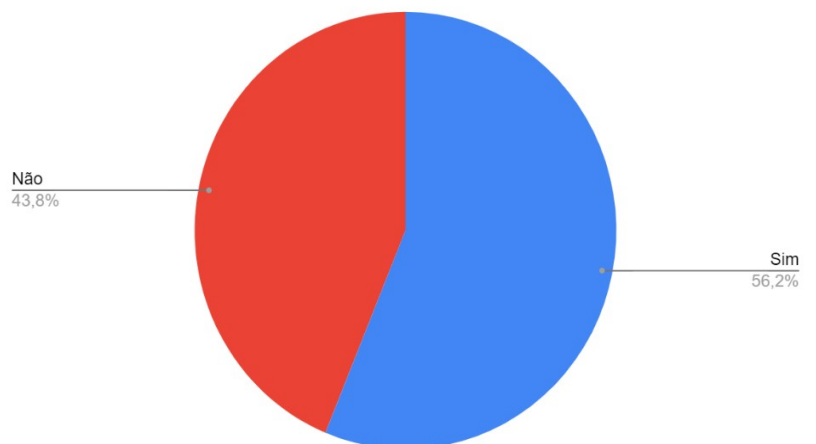


Gráfico 8: Atualmente está trabalhando em emprego formal? Fonte: IBRAT

Do total de respostas, no que diz respeito à região em que reside, mais da metade reside na Região Sudeste (51%), seguindo para 21,4% na Região Nordeste, 13,6% na Região Sul, 9% na Região Centro-Oeste e 5% na Região Norte.

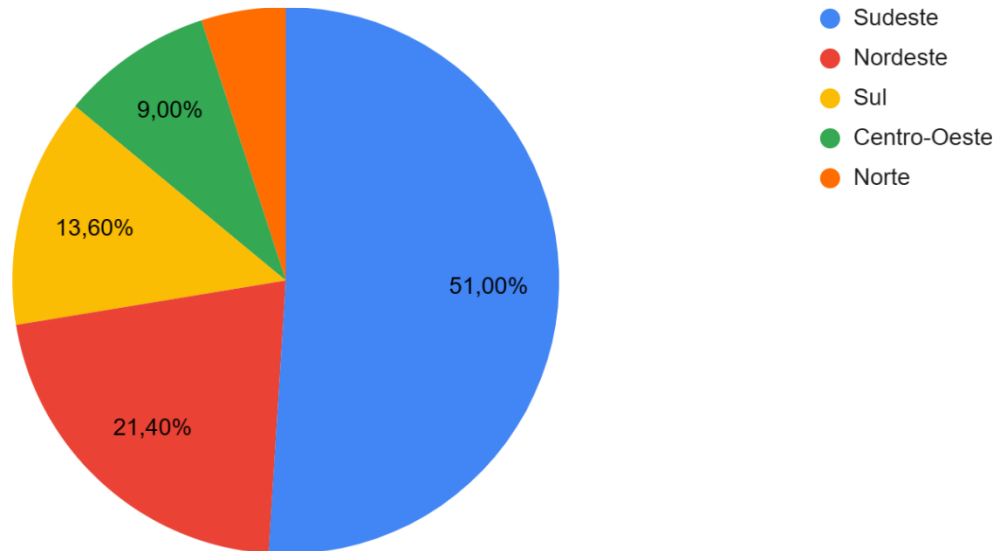


Gráfico 9: Região onde reside. Fonte: IBRAT

TRANSMASCULINIDADES E SAÚDE

Após a seção socioeconômica, passamos para a apresentação dos dados sobre transmasculinidades e saúde, iniciando com a pergunta “Você frequenta algum posto de saúde (UBS, POLICLÍNICA, AMBULATÓRIO)?”. Dos 551 participantes, 36,3% responderam afirmativamente, e 63,7%, negativamente. Ressaltamos que há indivíduos que acessam ambulatórios trans para atendimento especializado, mas não acessam postos de saúde sistematicamente para cuidados com a saúde integral.

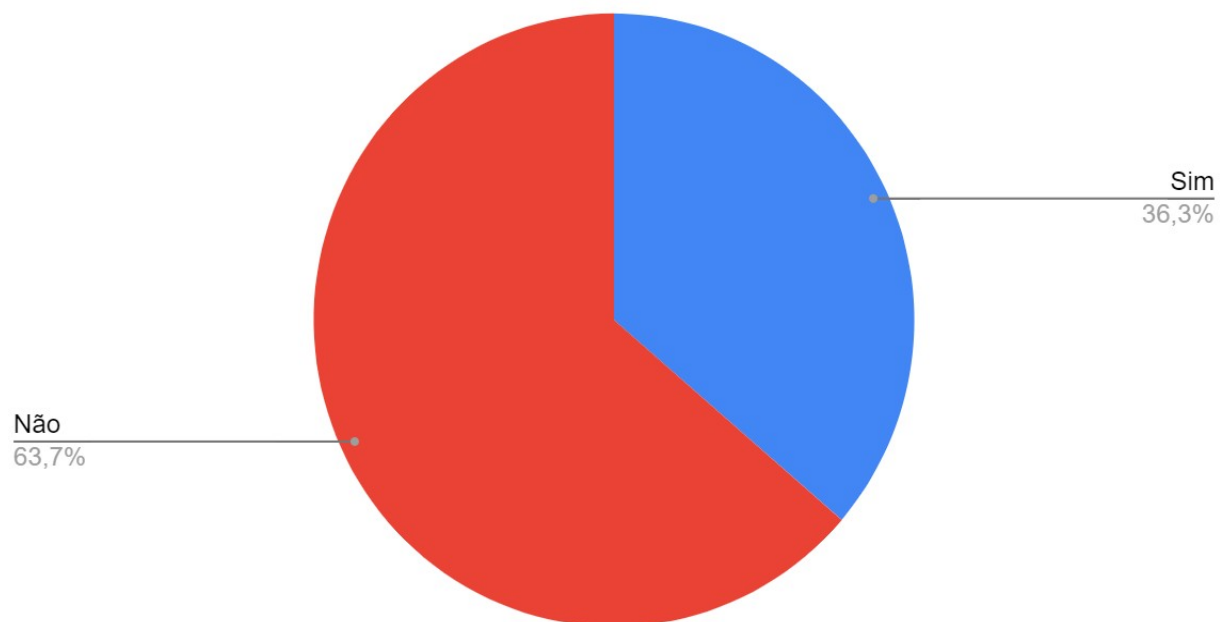


Gráfico 10: Você frequenta algum posto de saúde (UBS, POLICLÍNICA, AMBULATÓRIO)?. Fonte: IBRAT

Dos respondentes a essa questão, segue a proporção em relação à racialidade: das 334 pessoas brancas que responderam, temos que 214 (64%) frequentam posto de saúde, e 120 (36%) não frequentam; das 121 pessoas pardas que responderam, temos que 68 (56,1%) frequentam posto de saúde, e 53 (43,8%) não frequentam; das 75 pessoas pretas que responderam, temos que 56 (74,7%) frequentam posto de saúde, ao passo que 19 (25,3%) não frequentam; das 2 pessoas afro-indígenas que responderam, 1 (50%) frequenta e 1 (50%) não frequenta; das 10 pessoas amarelas que responderam, 5 frequentam (50%) e 5 não frequentam (50%); das 7 pessoas indígenas que responderam, 6 (85,7%) frequentam posto de saúde, e 1 (14,3%) não frequenta; das 2 pessoas oriundas de povos ciganos que responderam, 1 (50%) frequenta e 1 (50%) não frequenta. Segue, abaixo, a proporção em números absolutos.

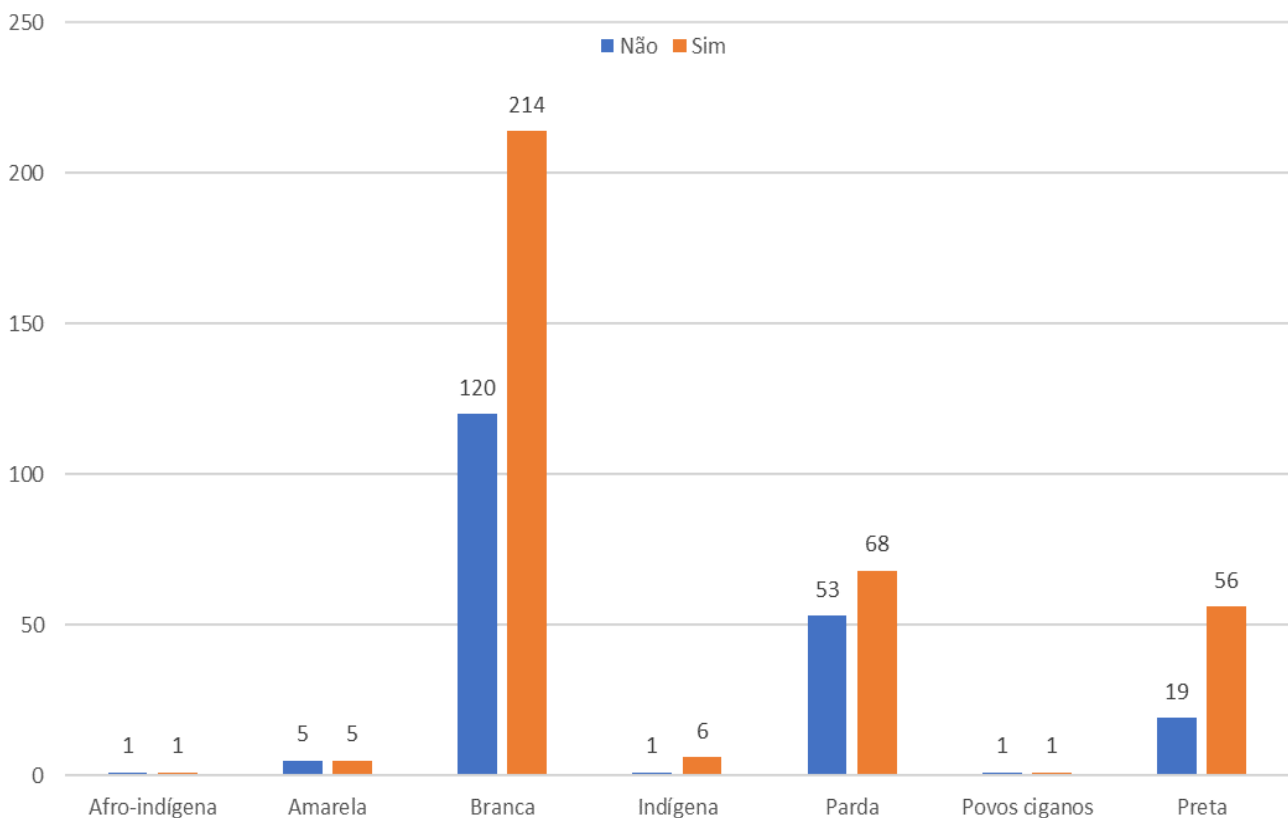


Gráfico 11: Cruzamento de dados Acesso a posto de saúde e Etnia/Raça. Fonte: IBRAT

Das 551 respostas à questão “Você já foi atendido no Ambulatório ou Equipamento de Assistência Médica a pessoas trans do seu Município? Se não, você aguarda atendimento?”, temos que: 246 (44,6%) responderam que recebem atendimento em seu município; 204 (37%) responderam que não recebem atendimento em seu município; 63 (11,4%) aguardam atendimento/encaminhamento; 16 (2,9%) responderam que fazem acompanhamento por convênio de plano de saúde; 12 (2,2%) responderam que não se aplica; e 10 (1,8%) responderam que não necessitam do auxílio do ambulatório e/ou que nunca buscaram atendimento.

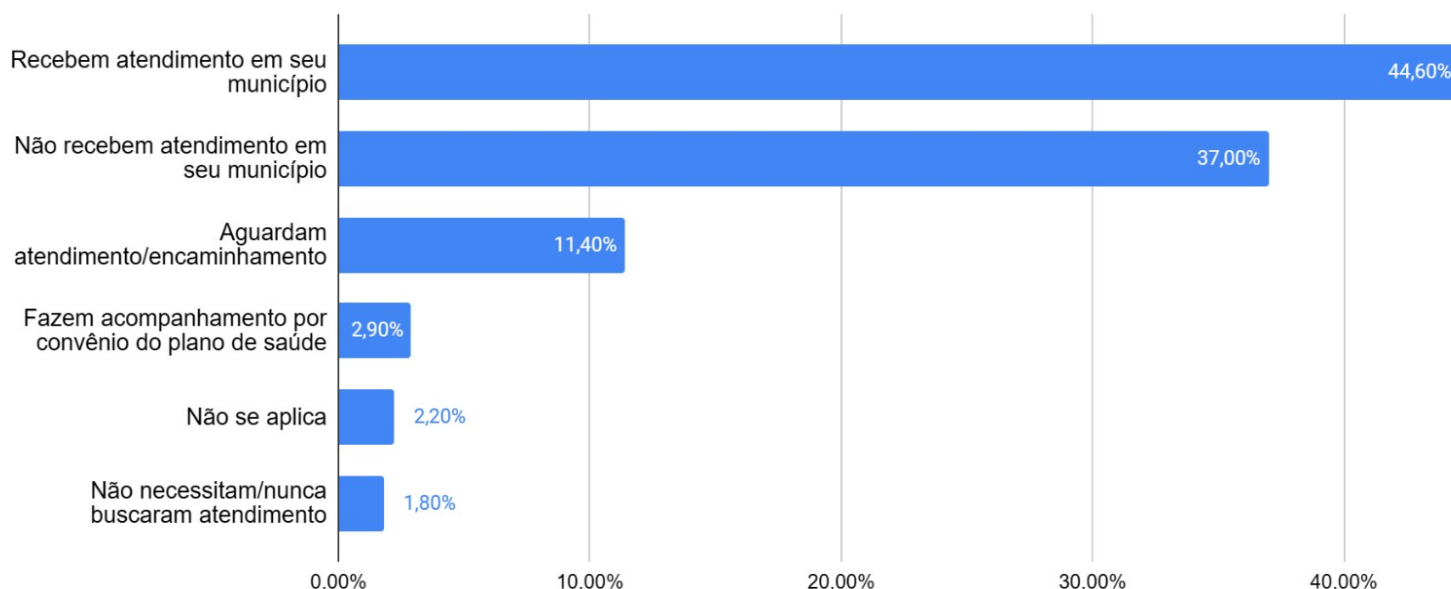


Gráfico 12: Você já foi atendido em Ambulatório ou Equipamento de Assistência Médica a pessoas trans do seu Município? Fonte: IBRAT

Ademais, 64% responderam que há ambulatório transexualizador em seus municípios, ao passo que: 32% responderam não haver; 3% responderam não saber; e 1% respondeu que está em construção.

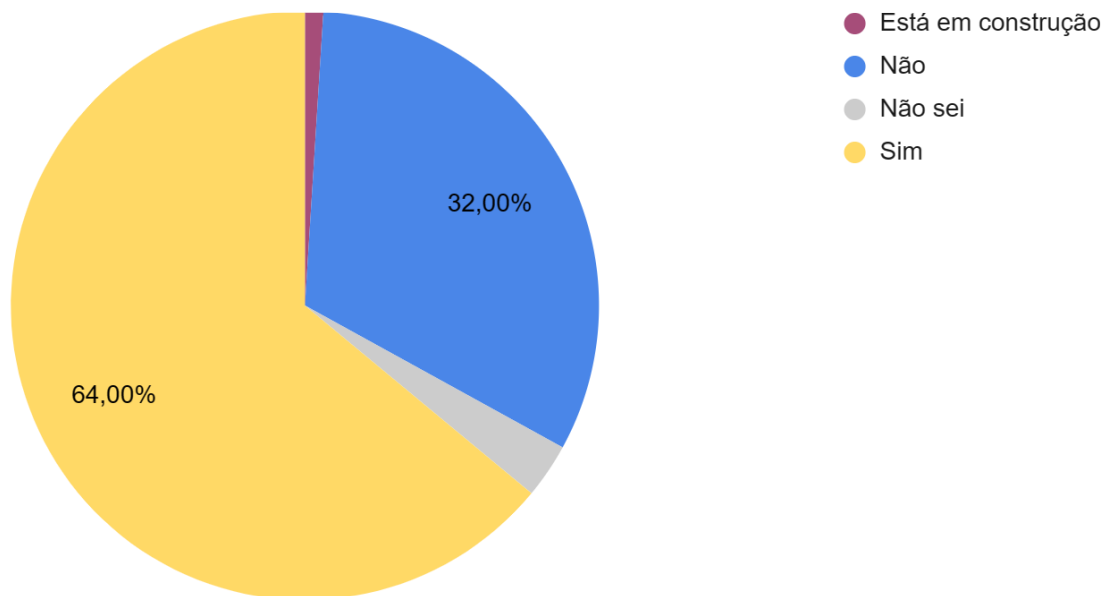


Gráfico 13: No seu Município, há ambulatório transexualizador? Fonte: IBRAT

Em geral, temos que, enquanto 44,6% dos respondentes conseguem acompanhamento ambulatorial, sendo ou não provenientes de ambulatórios transexualizadores, em seu município pelo SUS; outros 48,4% não conseguem e/ou estão no aguardo de encaminhamento. Os 7% restantes ou não buscam por cuidados na área da saúde especializada, ou a acessam por plano de saúde e convênio médico. Recolhemos os seguintes relatos:

“Não. Eu tentei pelo SUS na época que comecei a transição, mas fiquei quase um ano na fila até conseguir um convênio médico privado pela empresa e ser atendido por lá mesmo.”

“Não, já tentei encaminhamento pela UBS, mas segundo eles, só é possível ter encaminhamento por um médico particular.”

Ou seja, ainda que alguns tenham respondido que fazem acompanhamento pelo plano de saúde, é importante considerarmos que talvez isso se dê como uma alternativa à falta de recursos ou negligência médica no âmbito público. Vejamos outros relatos:

“Não, na real nem sabem como lidar com uma pessoa trans. Inclusive o assistente social chegou a ligar no setor de infectologia pra saber o que fazer no meu caso.”

“Sim, mas tenho dificuldade de permanência devido à burocracia e aos protocolos rígidos.”

Assim, é importante destacar que, ainda que haja ambulatórios trans nos municípios de alguns participantes, o teor do acompanhamento oferecido pode acabar afastando os usuários. E precisamos nos atentar para a acessibilidade:

“Sim, mas por causa da distância da minha residência ao ambulatório e a dificuldade de marcação eu parei de frequentar.”

Em relação ao acesso à saúde, recolhemos os seguintes relatos de experiência:

“Me sinto em constante insegurança, principalmente em relação à continuidade do uso de testosterona. A transição salvou minha vida, a hormonização foi um passo enorme para me sentir confortável comigo, mas o aumento desenfreado do preço da testosterona junto da falta de disponibilidade do hormônio pelo SUS têm me preocupado muito.”

“Pronomes e meu nome social, bem como minha identidade raramente são respeitadas no campo da saúde. E inclusive pelos médicos, mal preparados e desinformados.”

“É de boas, só o tempo de espera para uma consulta é de 1 mês, no entanto é público então 1 mês é bem razoável a espera.”

“É ótimo ter ambulatório próximo. A única coisa que dificulta o acesso é a falta de confiança em alguns profissionais em relação a ética e sigilo.”

“Faço acompanhamento há 6 anos no mesmo ambulatório, mas existem algumas dificuldades. Marcação de consultas, agendamento de exames, são muitas pessoas e parece que eles não estão dando conta.”

Diante dos relatos recolhidos e dos dados apresentados, identificamos que grande parte dos participantes da pesquisa se sentem inseguros em relação ao acesso à saúde em sua região, especialmente em virtude de: desinformação das equipes médicas sobre transmasculinidades, ética e sigilo das informações de cada usuário e falta de respeito ao nome social e à identidade de gênero. Além disso, a falta de dispensação, pelo SUS, do hormônio (testosterona), concomitantemente ao aumento do preço em farmácias, corrobora com a falta de acesso e afasta pessoas transmasculinas de espaços de saúde.

Questionamos os participantes quanto às especialidades presentes no ambulatório que frequentam, e recebemos um total de 338 respostas, representando 61,3% dos nossos respondentes. Em relação aos profissionais de saúde acessados em ambulatórios trans: 250 (73,96%) respondentes afirmam que há psicólogos nos ambulatórios trans em seus municípios, 214 (63,31%) afirmam que há endocrinologistas, 226 (66,86%) afirmam que há ginecologistas, 184 (54,44%) afirmam que há assistentes sociais, 171 (50,59%) afirmam que há enfermeiros e 170 (50,30%) afirmam que há clínicos gerais. Das demais especialidades, 140 (41,42%) afirmam haver psiquiatra; 156 (46,15%) afirmam que há urologista; 45 (13,31%) afirmam que há cirurgião; 37 (10,95%) afirmam que há obstetra; 8 (2,37%) afirmam haver fonoaudiólogos. 14 (4,14%) participantes afirmam não saber sobre profissionais de saúde, e 2 (0,59%) afirmam não haver ambulatórios. Ressaltamos a questão era opcional e os participantes puderam assinalar mais de uma opção como resposta.

Especialidade	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Psicólogo	250	73,96%
Endocrinologista	214	63,31%
Ginecologista	226	66,86%
Assistente Social	184	54,44%
Enfermeiros	171	50,59%
Clínico Geral	170	50,30%
Psiquiatra	140	41,42%
Urologista	156	46,15%
Cirurgião	45	13,31%
Obstetra	37	10,95%
Fonoaudiologia	8	2,37%
Não sei	14	4,14%
Não tem ambulatório	2	0,59%

Tabela 1: Caso tenha ambulatório em seu Município, e você já tenha acessado, existem todas as especialidades descritas abaixo? Fonte: IBRAT

Em relação ao acesso a exames laboratoriais, das 491 pessoas que responderam essa questão, 323 (65,8%) responderam que sim, acessam exames; 152 (31%) responderam que não acessam exames; e 16 (3,2%) acessam somente exame de sangue.

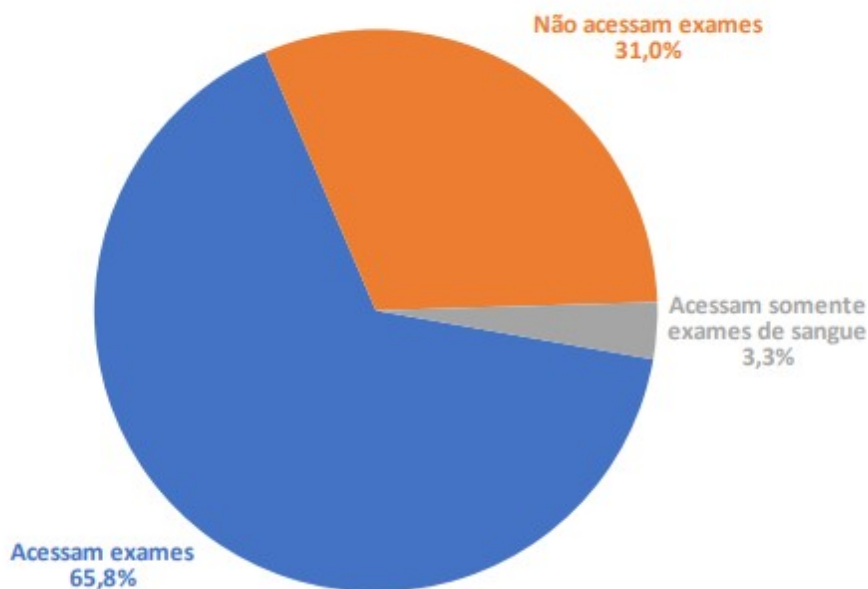


Gráfico 14: Você tem facilidade de acesso aos exames laboratoriais, tais quais exames de sangue, ultrassonografia pélvica e demais exames para o acompanhamento da hormonioterapia? Fonte: IBRAT

Em relação a atendimento ginecológico, 522 pessoas responderam esse tópico, dentre as quais 53,5% informaram não ter acesso a esse atendimento em sua cidade; 42,2% responderam que têm esse atendimento na cidade; 1% afirma que em sua cidade esse serviço existe apenas no sistema privado de saúde; 1% afirma que o atendimento existe, mas evitam por motivos pessoais; 1% não sabe e 1% respondeu em branco.

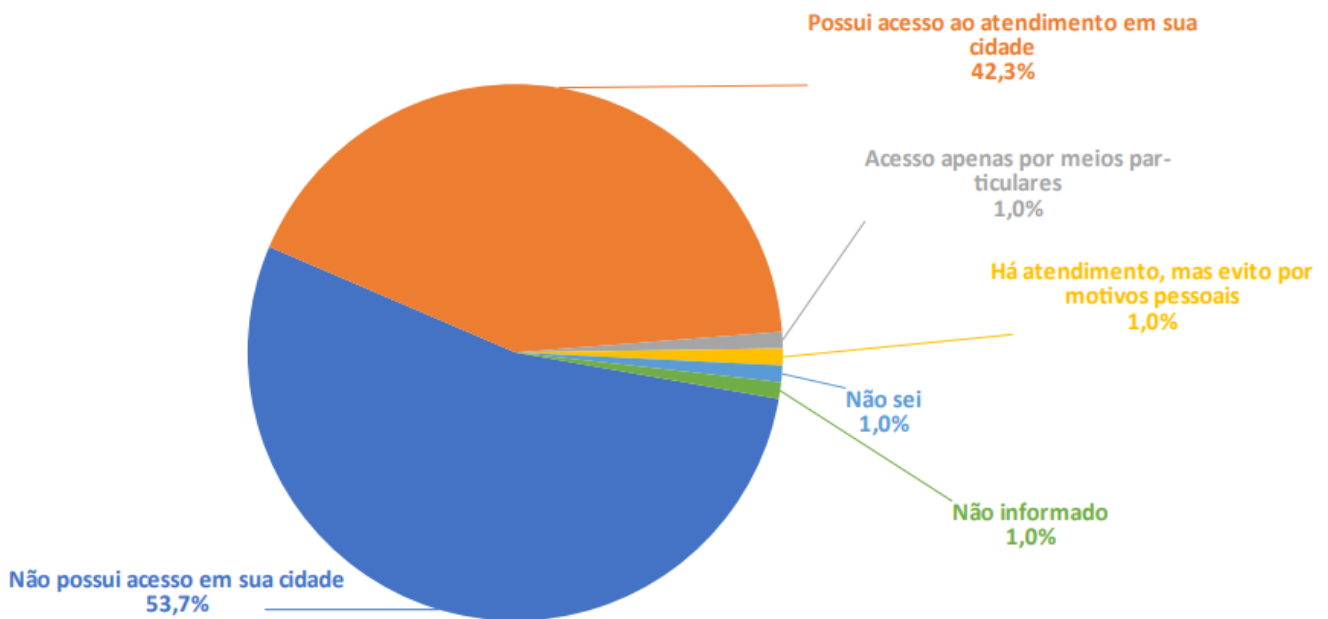


Gráfico 15: Você tem acesso ao atendimento ginecológico com periodicidade? Fonte: IBRAT

Selecionamos alguns relatos sobre o acesso a atendimento ginecológico:

“Me deixaram usar espéculo no exame do CP e a enfermeira só colheu o material, senti minha autonomia validada. Mas também com outra enfermeira já fui queimado na pele enquanto tratava hpv, reclamei de racismo e quando voltei me encaminharam todas as vezes pro único enfermeiro negro da unidade. Não é fácil a vida do negro no sul.”

“É sempre muito desconfortável, sofro várias violências mas tendo a ignorar e só querer que as coisas sejam feitas o mais rápido possível.”

“Sim, o médico não oferece um atendimento humanizado e o tratamento não é adequado, apenas prescreve as receitas de forma bem automatizada e não acompanha de perto a nossa saúde.”

“A médica foi super cuidadosa. Mas ainda precisamos de mais avanço em relação a essa parte. Muitas pessoas transmasculinas acabam não indo no ginecologista por conta de desconforto e medo. Ginecologista ainda é colocado em um espaço apenas para mulheres cis.”

“Não há confiança sobre os profissionais de saúde ginecológica no ambulatório que frequento.”

“No geral é difícil encontrar profissionais que saibam lidar com homens trans, não apenas pela forma de tratamento, mas pelas taxas hormonais serem suprafisiológicas.”

“Não tive maiores problemas com o exame em si, a dificuldade geralmente se dá com os atendentes da recepção no momento de pedir o exame e receber o resultado (explicar que um homem pode sim estar esperando um resultado de papanicolau).”

“Atendimento transfóbico. Não garantiram que o material coletado seria examinado, por já ser retificado e como eles mesmo me informaram “homens não fazem este tipo de exame”.

“A última vez que fui foi há pelo menos 5 anos, e foi bem constrangedor, os profissionais não estão preparados pra atender a gente. Faço terapia hormonal há 2 anos e por uma questão tanto de acesso quanto de medo de sofrer transfobia, ainda não fui em ginecologista.”

“Atualmente tenho um ginecologista de confiança, porém foi bem difícil encontrar alguém que entendesse ou ouvisse sobre a situação.”

Em relação ao processo de hormonização com testosterona, das 551 respostas, descobrimos que 421 pessoas (76,4%) se hormonizam, enquanto 130 (23,6%) não fazem uso de testosterona.

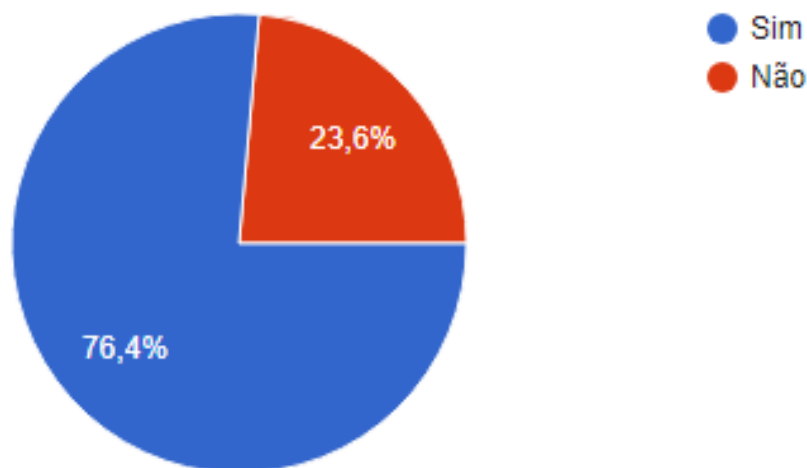


Gráfico 16: Você se hormoniza (testosterona)? Fonte: IBRAT

Em relação ao uso de testosterona, segue a proporção dos respondentes quanto à identificação étnico-racial: das 334 pessoas *brancas* que responderam, 248 (74,2%) se hormonizam, e 86 (25,7%) não se hormonizam; das 121 pessoas *pardas* que responderam, 99 (81,8%) se hormonizam, e 22 (18,2%) não se hormonizam; das 75 pessoas *pretas* que responderam, 61 (81,3%) se hormonizam, e 14 (18,6%) não se hormonizam; das 10 pessoas *amarelas* que responderam, 5 (50%) se hormonizam, e 5 (50%) não se hormonizam; das 7 pessoas *indígenas* que responderam, 6 (85,7%) se hormonizam, e 1 (14,3%) não se hormonizam; das 2 pessoas *afro-indígenas* que responderam, 1 (50%) se hormoniza, e 1 (50%) não se hormoniza; das 2 pessoas oriundas de *povos ciganos* que responderam, 1 (50%) se hormoniza, e 1 (50%) não se hormoniza. No gráfico abaixo, a cor laranja é referente a respondentes que utilizam testosterona, e a cor azul é referente a respondentes que não a utilizam.

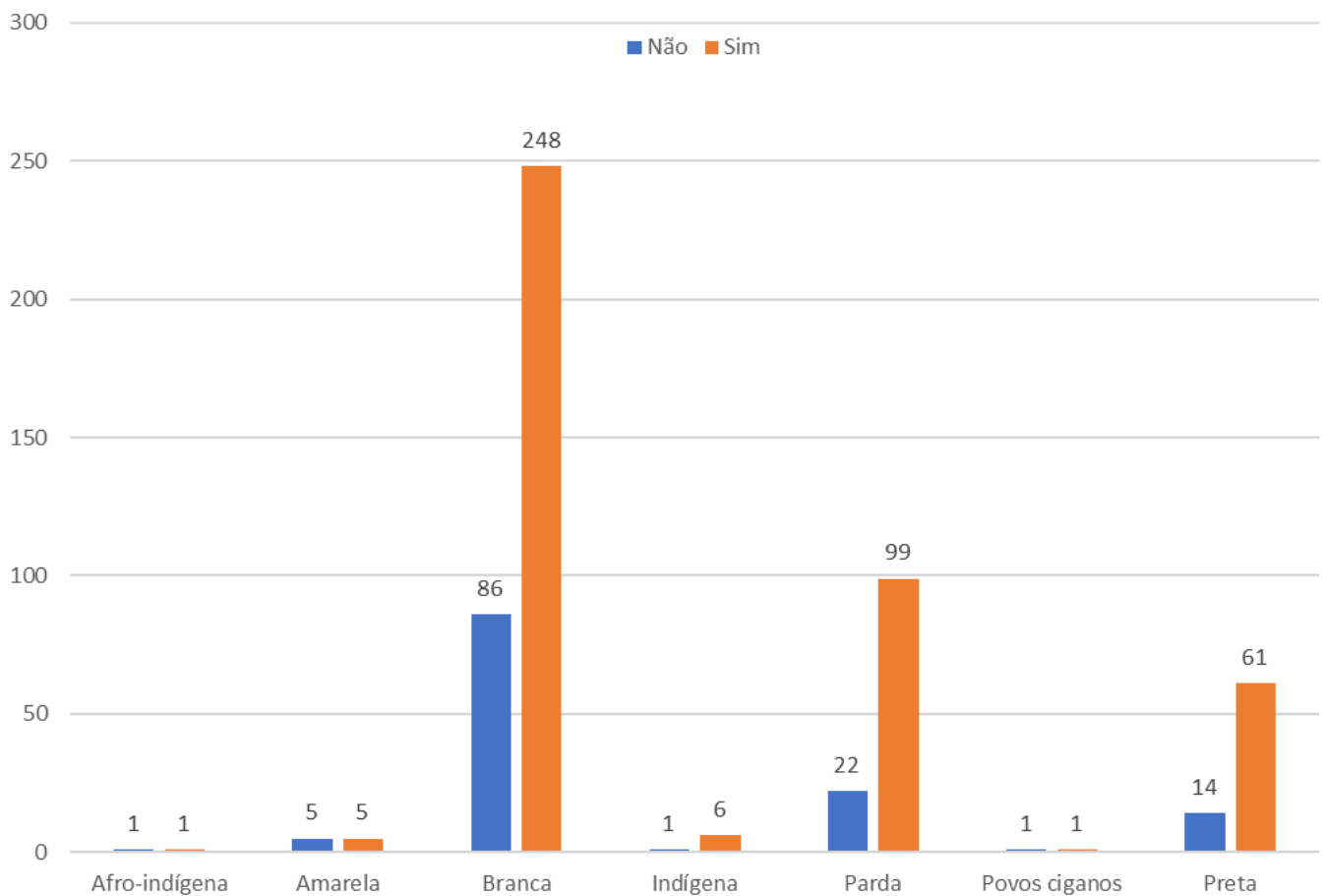


Gráfico 17: Cruzamento de dados Uso de testosterona e Raça/etnia. Fonte: IBRAT

É importante nos atentarmos, também, para a renda familiar em relação ao uso de testosterona. Segue a proporção: dos respondentes que recebem menos que um salário mínimo, 46 (61%) faz uso de testosterona e 29 (39%) não faz uso. Dos respondentes que ganham até um salário mínimo, 112 (79%) utilizam testosterona e 30 (21%) não utilizam. Dos que recebem até dois salários mínimos, 107 (80%) utilizam testosterona e 26 (20%) não utilizam. Daqueles que recebem três salários mínimos, 56 (80%) fazem uso de testosterona e 14 (20%) não utilizam. Dos que recebem mais de três salários mínimos, 96 (78,6%) utilizam testosterona e 26 (21,4%) não utilizam. 9 participantes não informaram. No gráfico abaixo, a cor laranja é referente a respondentes que utilizam testosterona, e a cor azul é referente a respondentes que não a utilizam.

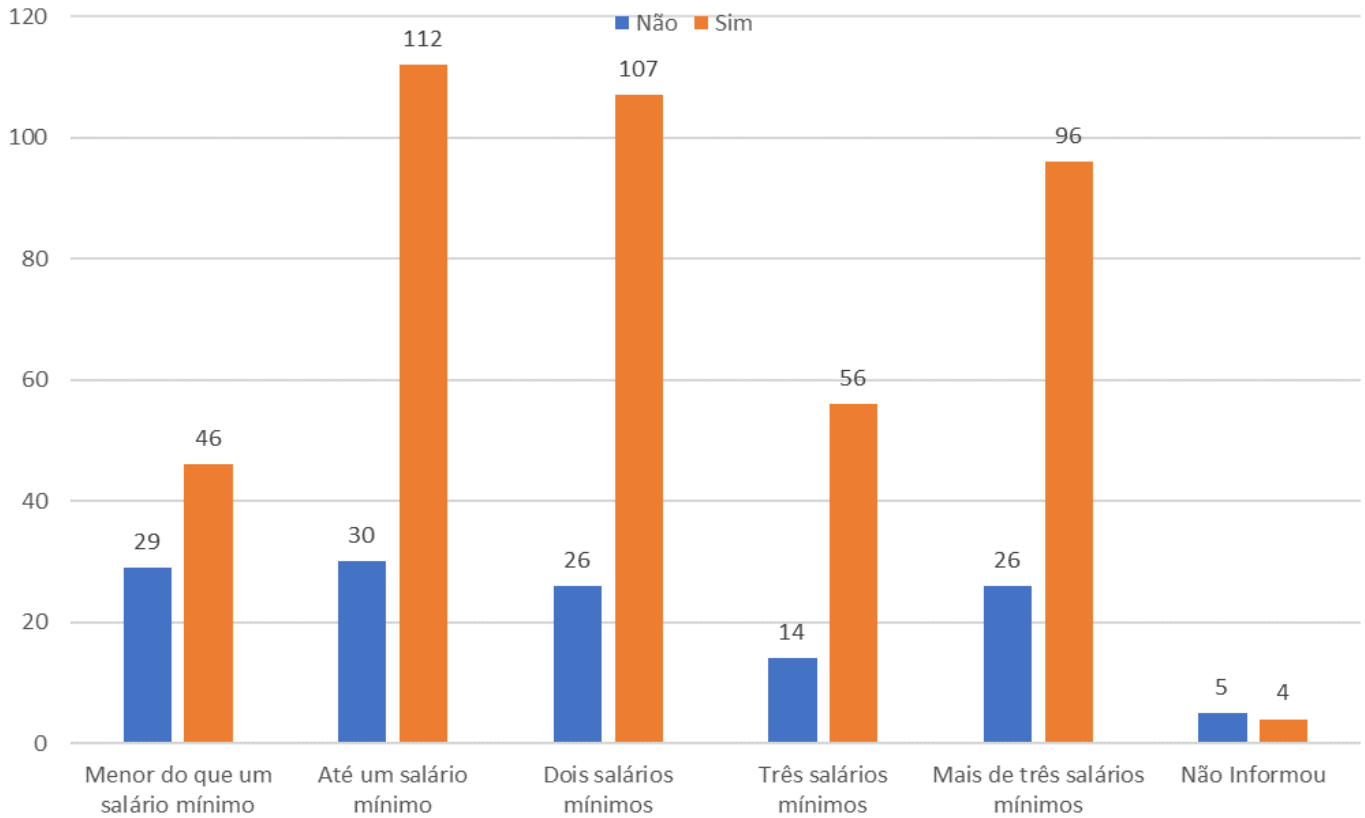


Gráfico 18: Cruzamento de dados Uso de testosterona e Renda familiar. Fonte: IBRAT

Em seguida, questionamos acerca do acompanhamento profissional de saúde para o uso da testosterona. Obtivemos, das 551 respostas, que 224 pessoas (40,7%) fazem acompanhamento médico a cada 3 meses; 92 pessoas (16,7%) fazem o acompanhamento a cada 6 meses, seguindo para 63 (11,4%) que fazem acompanhamento esporádico dependendo da indicação médica; 15 pessoas (2,7%) fazem *check-up* uma vez ao ano apenas. No entanto, 96 pessoas (17,4%) não tiveram acesso ao acompanhamento, em detrimento da disponibilidade de horário, de questões financeiras, da falta de profissionais ou da distância do local em que seria realizado o acompanhamento; e 30 (5,4%) se hormonizam por conta própria, sem nenhum acompanhamento. De resto, 31 (5,6%) não desejam se hormonizar.

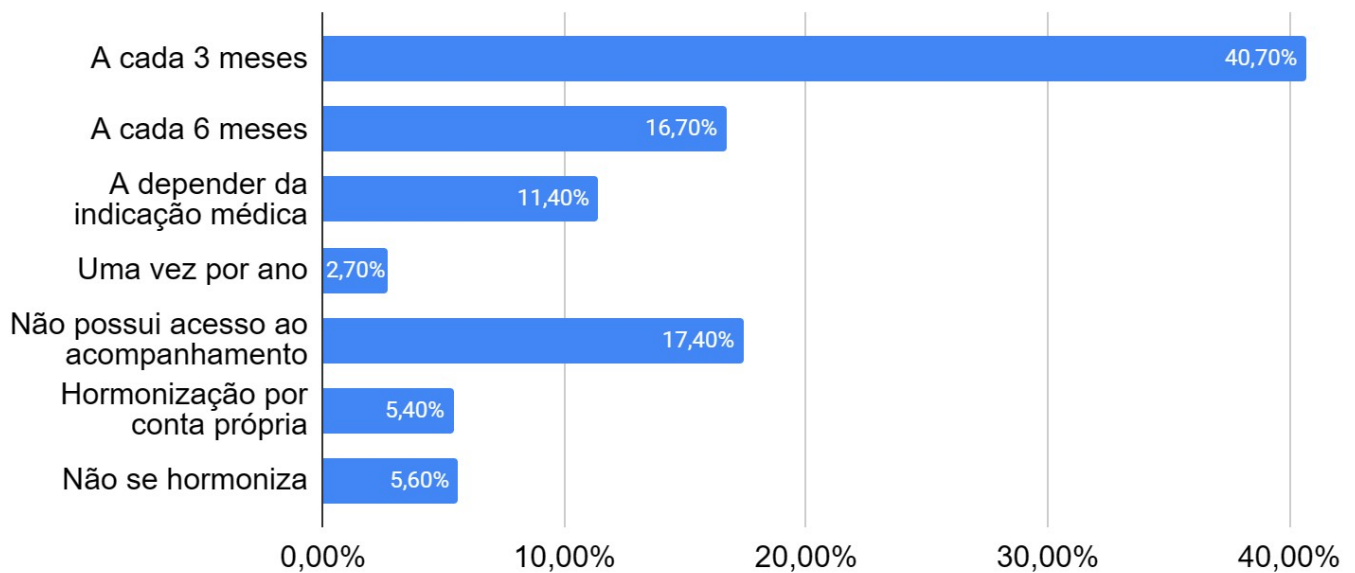


Gráfico 19: Faz acompanhamento com profissionais da saúde para uso de testosterona? Fonte: IBRAT

Em relação à disponibilização do hormônio (testosterona) pelo SUS, por parte de ambulatórios trans ou outras instâncias de saúde pública, 130 (23,6%) participantes afirmaram que adquirem o hormônio (testosterona) pelo SUS; daqueles que não adquirem pelo SUS, 232 (42,1%) compram em farmácia e/ou 52 (9,4%) adquirem por outras vias – compreendendo que um indivíduo pode adquirir em farmácia e por outras vias concomitantemente. 137 (24,9%) participantes não responderam. Ressaltamos que os participantes podiam assinalar mais de uma opção de resposta. Ou seja, há preponderância de indivíduos que adquirem hormônio (testosterona) em farmácias e/ou por outras vias não contempladas pelo SUS.

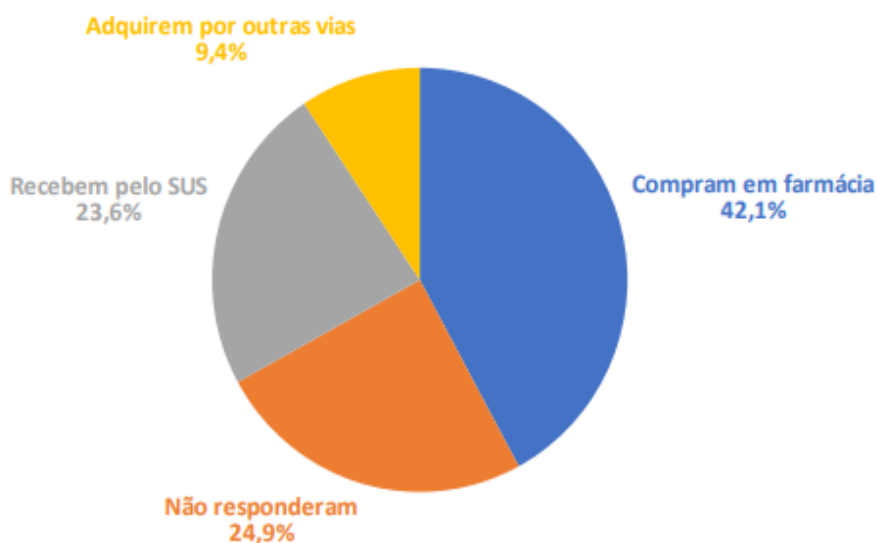


Gráfico 20: Disponibilização do hormônio (Testosterona). Fonte: IBRAT

Agora, partimos para outro campo: o da mastectomia e suas dificuldades. Das dificuldades encontradas pelas pessoas transmasculinas que participaram desta pesquisa, 384 participantes (69,7%) elencaram como pior dificuldade a falta de dinheiro, seguindo para 331 (60,1%) que alegaram obstáculos pela fila de espera do SUS; 148 (26,9%) afirmaram ter sua solicitação negada pelo plano de saúde; 89 (16,2%) denunciaram negligência profissional; 148 (26,9%) apontaram para a falta de serviço ambulatorial; e 112 (20,3%) alegaram outras questões não especificadas. No mais, 25 pessoas (4,5%) disseram não ter tido obstáculos e 37 (6,7%) não desejam realizar a mastectomia. Os participantes puderam marcar mais de uma opção como resposta.

Dificuldades	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Falta de dinheiro	384	69,70%
Fila de espera do SUS	331	60,10%
Negligência de plano de saúde	148	26,90%
Negligência profissional	89	16,20%
Falta de serviço ambulatorial	148	26,90%
Outras questões	112	20,30%
Não tive obstáculos	25	4,50%
Não desejo realizar	37	6,70%

Tabela 2: Quais as maiores dificuldades/obstáculos para aqueles/us que fizeram e/ou desejam realizar a mastectomia? Fonte: IBRAT

Nos voltamos, então, à histerectomia e suas dificuldades. Tal como a mastectomia, a principal dificuldade é a falta de dinheiro, com 200 respostas (36,3%). Em seguida, temos a fila de espera no SUS, com 189 respostas (34,3%), e outras questões não especificadas, com 98 respostas (17,8%). A falta de serviço ambulatorial foi apontada por 92 pessoas (16,7%), seguindo para a negação no plano de saúde com 69 respostas (12,5%) e para a negligência profissional, com 57 respostas (10,3%); 10 pessoas (1,8%) não encontraram obstáculos. Ao contrário da mastectomia, que obteve grande adesão das pessoas que participaram da pesquisa, a histerectomia não é desejada por 242 pessoas (43,9%), caracterizando uma maioria. Os participantes puderam marcar mais de uma opção como resposta.

Dificuldades	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Falta de dinheiro	200	36,30%
Fila de espera do SUS	189	34,30%
Negligência de plano de saúde	69	12,50%
Negligência profissional	57	10,30%
Falta de serviço ambulatorial	92	16,70%
Outras questões	98	17,80%
Não tive obstáculos	10	1,80%
Não desejo realizar	242	43,90%

Tabela 3: Quais as maiores dificuldades/obstáculos para aqueles/us que fizeram e/ou desejam realizar a histerectomia? Fonte: IBRAT

Partimos, então, para a cirurgia de transgenitalização e suas dificuldades. A maioria das dificuldades aponta para a falta de dinheiro, com 109 respostas (19,8%), seguindo para a fila de espera no SUS, com 94 respostas (17,1%). A falta de serviço ambulatorial foi apontada por 61 pessoas (11,1%), seguindo para negligência profissional, com 40 respostas (7,3%), e negação do plano de saúde, com 41 respostas (7,4%) logo em seguida. Outras questões não especificadas foram apontadas por 60 pessoas (10,9%) e apenas 5 pessoas (0,9%) alegaram não ter encontrado obstáculos. Do total de respostas, 393 pessoas (71,3%) disseram não pretender fazer a cirurgia transgenital. Os participantes puderam marcar mais de uma opção como resposta.

Dificuldades	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Falta de dinheiro	109	19,80%
Fila de espera do SUS	94	17,10%
Negligência de plano de saúde	41	7,40%
Negligência profissional	40	7,30%
Falta de serviço ambulatorial	61	11,10%
Outras questões	60	10,90%
Não tive obstáculos	5	0,90%
Não desejo realizar	393	71,30%

Tabela 4: Quais as maiores dificuldades/obstáculos para aqueles/us que fizeram e/ou desejam realizar a transgenitalização? Fonte: IBRAT

Importa-nos fazer um breve comentário sobre tais dificuldades. A principal dificuldade de acesso destes três procedimentos cirúrgicos é a falta de dinheiro, seguindo sempre para a fila de espera no SUS. Urge-nos questionar: caso a fila de espera do SUS não fosse submetida a congelamentos constantes, a dificuldade primária, qual seja, a falta de dinheiro, não seria uma questão, pois tais procedimentos seriam realizados de forma gratuita e com o acompanhamento adequado. Assim, o que procuramos mostrar é que tais dificuldades não operam a nível individualizado; por outro lado, elas se conectam. A fila de espera faz com que tenhamos que bancar estes procedimentos por conta própria, o que infere em fatores de classe social e acesso ao mercado de trabalho – que, por sermos pessoas trans, já contêm impedimentos –, sempre atravessados por marcadores de raça/etnia, deficiência, territorialidade. A negligência profissional é encontrada tanto na rede pública quanto na rede privada. Devemos ter em mente que as dificuldades que encontramos em acessar dispositivos de saúde, seja para realizar os procedimentos listados acima, seja para tratar de questões de saúde de outra ordem, partem de uma raiz comum: a transfobia, que, por sua vez, está vinculada e atravessada pelo racismo, pelo sexismo, pelo capacitismo, pela intersexofobia, e por tantas outras opressões institucionais.

Na pergunta “Você se mantém em contato regular com profissionais de saúde / faz exames periodicamente?”, recebemos 551 respostas. Destas, 398 (72,23%) responderam afirmativamente, que realizam exames periodicamente; 140 (25,41%) responderam que não realizam exames periodicamente; 6 (1,09%) responderam que realizam exames, mas com pouca frequência; 1 (0,18%) respondeu que faz acompanhamento e participa da organização de espaços de saúde para pessoas trans; 5 (0,91%) responderam que realizam acompanhamento, mas por convênio particular; e 1 (0,18%) respondeu que faz acompanhamento, mas de modo online.

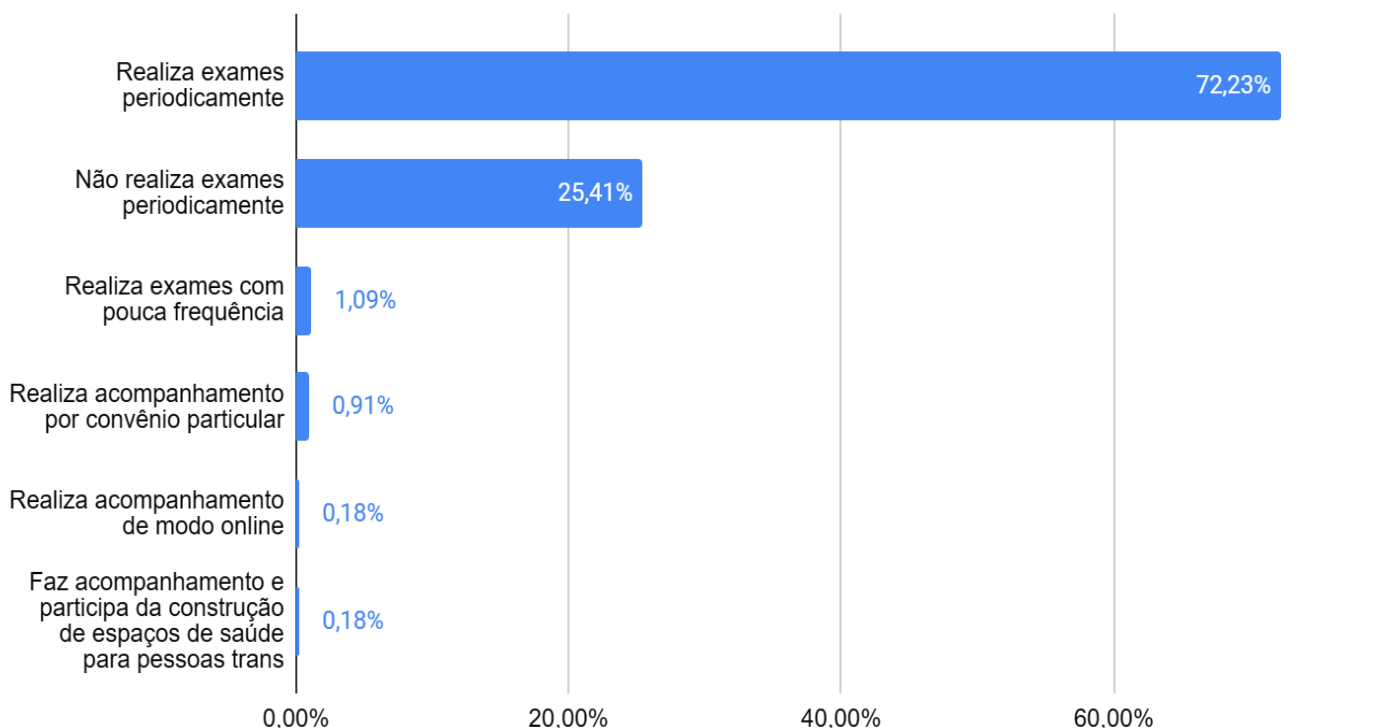


Gráfico 21: Você se mantém em contato regular com profissionais de saúde / faz exames periodicamente? Fonte: IBRAT

Em geral, temos que, das 551 pessoas que participaram da pesquisa, 411 (74,59%) realizam acompanhamento médico, e 140 (25,41%) não realizam. Destas últimas, recolhemos dois relatos:

“Eu costumava realizar exames periodicamente, mas devido às transfobias do ambiente médico, faz tempo que não realizo os devidos exames e acompanhamentos.”

“Apenas quando tenho alguma complicação. Por vezes deixo chegar em um estágio crítico por tentar evitar frequentar espaços como esse.”

E outro relato, sobre dificuldades de acesso:

“Tenho 31 anos e sou médico. No mínimo há 3 anos venho buscando ajuda de médicos no sistema particular. A transfobia na formação médica (incluindo na minha própria) é gritante. Consegui condução de qualidade com profissionais do sul da Bahia de forma particular, finalmente. Tudo por pesquisa própria, sem nenhum encaminhamento.”

Relativamente à questão “Já sofreu alguma transfobia nos espaços de saúde? Se sim, quais transfobias?”, temos que, das 551 respostas, 314 pessoas (57%) não tiveram o nome social respeitado; 346 (62,8%) não tiveram a identidade de gênero e os pronomes respeitados. Os participantes podiam marcar mais de uma opção.

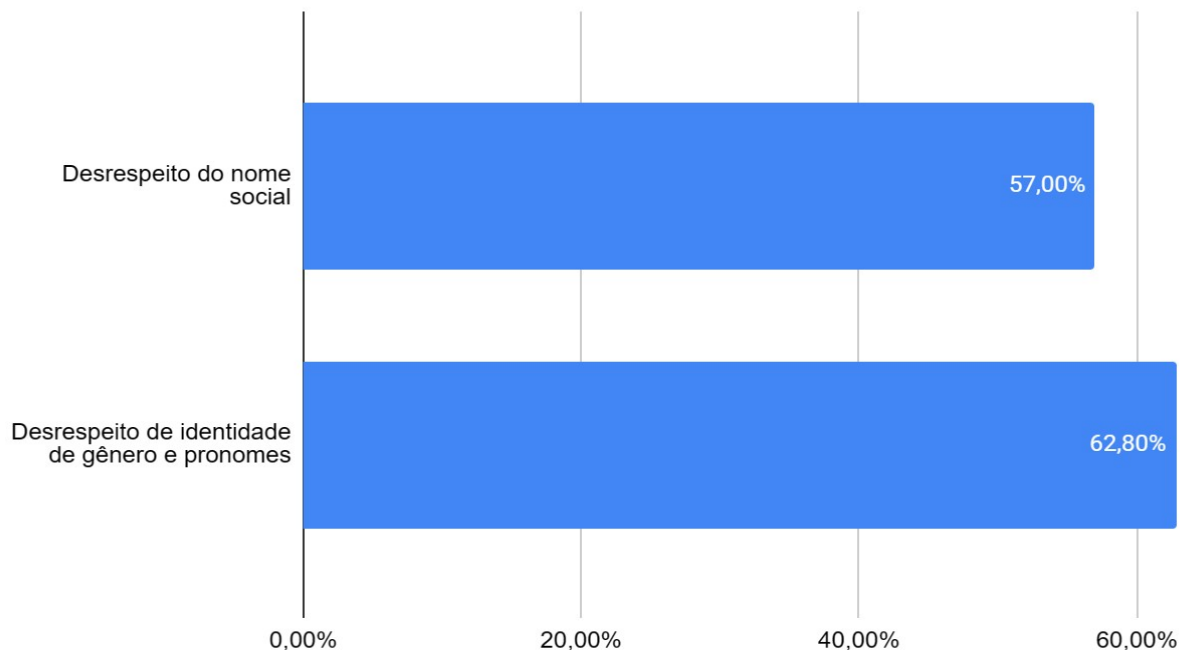


Gráfico 22a: Já sofreu alguma transfobia nos espaços de saúde? Se sim, quais transfobias?

Ademais, em relação à mesma questão, 256 (46,5%) sofreram desrespeito em espaços privados, hospitais ou clínicas; 200 (36,3%) sentiram o desrespeito pelo plano de saúde; e 220 (39,9%) relataram desrespeito em espaços públicos, como

UBS, policlínicas, UPAs e postos de saúde. Os participantes podiam responder mais de uma opção.

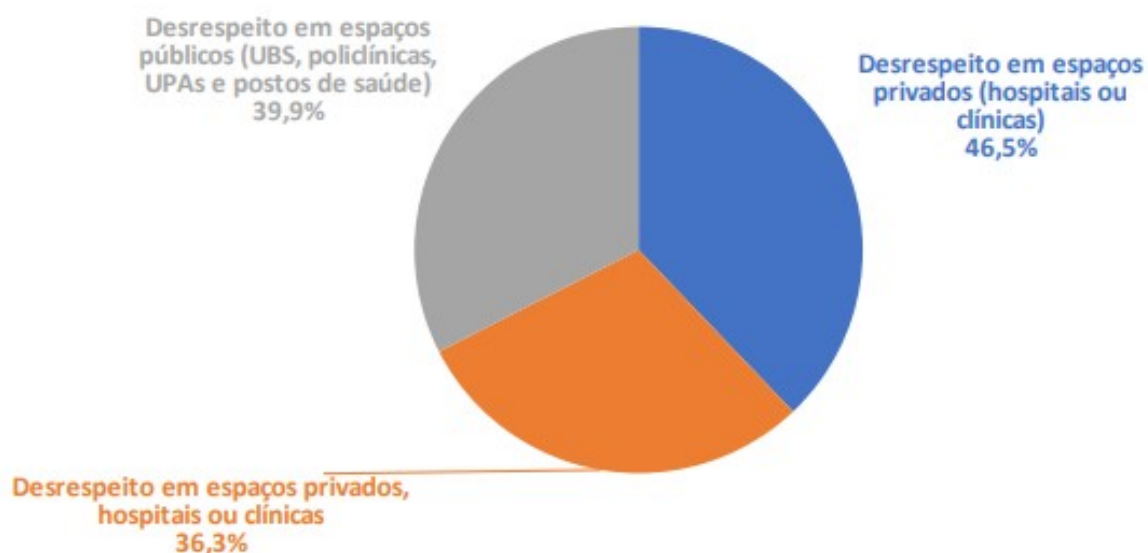


Gráfico 22b: Já sofreu alguma transFOBIA nos espaços de saúde? Se sim, quais transFOBias?

Diante dos relatos recolhidos, e dos dados expostos, identificamos a recorrência de situações de violência hospitalar, descaso e negligência médica para com corpos transmasculinos, que os colocam em posição de impotência e falta de confiança em relação às equipes médicas. A ocorrência de racismo está entrelaçada com a transFOBIA, de modo que não possamos separar as formas de violência. Em muitos relatos, aponta-se para o suposto desconhecimento das equipes médicas sobre a existência de corpos transmasculinos, ou mesmo o desconhecimento sobre procedimentos transexualizadores, hormonioterapia e demais acessos à saúde especializada. Ainda que haja relatos positivos, estes se dão majoritariamente como exceções – como, por exemplo, ao se referir a “uma ginecologista de confiança”.

CONCLUSÃO

Ao fim desta exposição de dados sobre uma parcela da população transmasculina brasileira, concluímos que nossa pesquisa, embora com abrangência nacional e amplitude de atravessamentos abordados, não deu conta de abarcar a totalidade das experiências, vivências e demandas das transmasculinidades no Brasil, especialmente em virtude de duas lacunas: racial/étnica e territorial. Dos 551 participantes da pesquisa, 60,6% são brancos, ao passo que 35,5% são pretos e pardos; 51% das respostas são oriundas do Região Sudeste, comparativamente a 5% da Região Norte. Sabemos que a maioria da população brasileira é composta por pretos e pardos, e que, de acordo com o Censo de 2022 realizado pelo IBGE⁴, a Região Sudeste compreende 41,8% da população, seguida da Região Nordeste (26,9%), Sul (14,7%), Norte (8,5%) e Centro-Oeste (8,02%). Ou seja, o recorte de homens trans, transmasculinos e transmasculines abarcado pela presente pesquisa não reflete as porcentagens preponderantes em nossa população, a nível nacional.

Ressaltamos que a maioria (71,5%) das respostas é oriunda de pessoas jovens, que possuem entre 18 e 30 anos, e supomos que tal recorte tenha a ver com maior facilidade no manejo de redes sociais. Em relação à sexualidade, tivemos uma maioria (31,8%) de participantes bissexuais.

Quanto aos recortes de renda, obtivemos que a maioria (40,1%) dos participantes recebe até 1 salário-mínimo. Em seus atravessamentos com questões raciais, temos que, proporcionalmente, pessoas brancas possuem renda superior a pessoas pretas e pardas. Ou seja, internamente à população transmasculina, as desigualdades raciais e de classe concernentes à população em geral se reproduzem. Em relação à escolaridade, uma maioria (69,7%) de participantes conseguiu ingressar no ensino superior, o que demonstra como a pesquisa se concentrou em um nicho populacional.

Apesar dessa lacuna, conseguimos organizar um panorama de demandas em comum compartilhadas por corpos transmasculinos no Brasil. É interessante perceber como tais demandas se assemelham e se reproduzem atravessando experiências étnico-raciais, de classe e de sexualidade.

⁴ Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2023-06/populacao-do-brasil-passa-de-203-milhoes-mostra-censo-2022>

De modo geral, identificamos que essa parcela da população transmasculina brasileira enfrenta dificuldades constantes de acesso à saúde. Obtivemos que 63,7% dos participantes da pesquisa não acessam posto de saúde - incluindo ambulatórios trans - sistematicamente. Temos que 48,4% dos participantes não conseguiram, até o presente momento, acessar ambulatórios trans ou equipamentos de assistência médica para pessoas trans *em seu município*, seja por não haver tal recurso, seja por estarem aguardando atendimento. Assim, frequentemente precisam recorrer a ambulatórios e postos de saúde de outros municípios para serem atendidos.

Diante dos relatos obtidos, apontamos para a recorrência de constrangimentos, negligência médica, desrespeito do nome social e identidade de gênero, obstáculos em virtude de burocracias e/ou de os funcionários “não saberem como lidar com uma pessoa trans”. Outro fator que contribui para esses empecilhos é a distância entre a residência do indivíduo e o ambulatório/equipamento de assistência médica. A insegurança é um sentimento quase absoluto nas experiências transmasculinas em espaços de saúde.

Dentre as especialidades relatadas como mais presentes nos ambulatórios acessados pelos participantes da pesquisa, há psicólogos e endocrinologistas, e dentre as menos presentes há obstetras e fonoaudiólogos. O atendimento ginecológico é fundamental para garantir a saúde integral da população transmasculina, mas o acesso à ginecologia é embarreirado por negligência e/ou ignorância médica. A maioria dos participantes (53,5%) não acessa ginecologista, e os relatos coletados apontam para: desconforto, medo, desconfiança, constrangimento, transfobia, violência.

76,4% dos participantes da pesquisa se hormonizam com testosterona. Observamos que, em relação à renda, daqueles que recebem até 1 salário-mínimo, 61% se hormonizam. A partir de mais de 1 salário-mínimo, a porcentagem cresce em até 20%. Não observamos maiores disparidades entre cruzamentos de renda e acesso à hormonização. O acompanhamento médico é recorrente: 40,7% dos participantes realizam acompanhamento de sua hormonização a cada 3 meses, em contraste com 22,8% de participantes, que não acessam o acompanhamento médico adequado. A aquisição de testosterona é, em geral, realizada em farmácias e por outras vias, que não o SUS - uma vez que somente pouco mais de 20% dos participantes afirmam que o SUS disponibiliza o hormônio. Ou seja, a garantia de acesso à saúde especializada depende de aporte financeiro individual do usuário.

Em relação a mastectomia, histerectomia e transgenitalização, percebemos uma linha decrescente em relação ao interesse pela realização. Se 37 participantes não desejam fazer a mastectomia, 242 não desejam a histerectomia, e 393 não desejam fazer a cirurgia transgenital. Ainda assim, em todas as três, as maiores dificuldades enfrentadas pelos usuários que desejam realizá-las são: falta de dinheiro e fila de espera no SUS. Outras questões, como negligência do plano de saúde, negligência profissional e falta de serviço ambulatorial se mantêm em índice recorrente, porém variável de acordo com o procedimento desejado.

Ao fim da pesquisa, percebemos a assiduidade dos participantes na busca por acompanhamento médico, contabilizando um total de 72,23% de pessoas que realizam exames periodicamente. É interessante pontuar que o acesso à testosterona, pelo SUS e/ou farmácias, depende de receituário médico. Assim, somente se pode adquirir testosterona de duas formas: legalmente, possuindo receita médica, que demanda acompanhamento especializado; ou ilegalmente, por outras vias, sem necessidade de acompanhamento médico para adquirir receita. Diante da necessidade de realizar acompanhamento médico para ter o acesso primordial à hormonização e, não obstante, à saúde integral, obtivemos o percentual de 57% de pessoas que relataram o desrespeito a seu nome social em espaços de saúde, seguindo para 62,8% que tiveram sua identidade de gênero e seus pronomes desrespeitados. Em outras palavras, somos forçados a frequentar espaços onde somos desrespeitados, em vias de termos acesso à saúde, bem como às receitas médicas que nos garantem acesso à hormonização.

É urgente a formação dos profissionais da saúde visando o atendimento humanizado para pessoas trans, além da estruturação dos espaços de saúde contando com nossas particularidades. Desta forma, caminharíamos para a garantia ao direito à saúde de uma maneira ética e humanizada.