

PARA TRANSICIONAR A ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE AS PESSOAS TRANS NO SUS

TRANSITIONING PRIMARY HEALTH CARE: AN ANALYSIS OF TRANS HEALTHCARE PRODUCTION IN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM

Matheus Madson Lima Avelino¹

Resumo: neste artigo discuto a produção do cuidado em saúde voltado às pessoas trans e travestis no SUS, com foco na atenção primária à saúde (APS) como estratégia para a efetivação da atenção integral e superação da patologização das identidades trans. Problemático a predominância do modelo biomédico-especializado e a subutilização da APS nas políticas de saúde voltadas a essa população. Objetivo: Refletir sobre o papel da APS na produção do cuidado, considerando seus atributos e a interprofissionalidade como eixos para reorganização das práticas assistenciais. Método: Revisão narrativa com busca sistemática nas bases SciELO, BVS e PubMed (2011–2022). Resultados: Foram incluídos 15 estudos, analisados em duas linhas temáticas: (1) a produção de cuidado nos ambulatoriais trans e os efeitos das normativas do processo transexualizador; (2) experiências na APS e o conceito de “transicionar a atenção básica”. A APS pode ser estratégica na afirmação de gênero e no enfrentamento da cisnormatividade.

Palavras-chave: Pessoas trans; políticas de saúde; atenção básica; transição de gênero.

Abstract: this narrative literature review examines the production of healthcare for trans and travesti people within Brazil's Unified Health System (SUS), focusing on primary health care (PHC) as a strategy to promote comprehensive care and overcome the pathologization of trans identities. It questions the dominance of a biomedical-specialized model and the underutilization of PHC in trans health policies. Objective: To reflect on the role of PHC in delivering care to trans and travesti people, considering its core attributes and interprofessionalism as central to reorganizing care practices. Method: A narrative review based on a systematic search in SciELO, BVS, and PubMed databases (2011–2022). Results: Fifteen studies were analyzed through two thematic axes: (1) care production in specialized clinics and the effects of SUS regulations on gender-affirming processes; (2) PHC experiences and the concept of “transitioning primary care.” PHC may play a key role in gender affirmation and confronting cisnormativity.

Keywords: Transgender persons; health policies; primary health care; gender transition.

1 INTRODUÇÃO

Nesta revisão narrativa de literatura busquei mapear as experiências de produção do cuidado em saúde às pessoas trans em distintos sistemas de Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de refletir sobre como a APS pode contribuir para a efetivação da atenção integral em saúde e a superação dos desafios das políticas de saúde voltadas a população de pessoas trans e travestis no Sistema Único de Saúde (SUS) através de seus atributos, e tendo como eixo estruturante a interprofissionalidade. Apresento a categoria “transicionar a

¹ Fisioterapeuta graduado pela UFRN, especialista em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade na modalidade de Residência Multiprofissional pela UERN, mestre em Cognição, Tecnologias e Instituições pela UFRSA e atualmente doutorando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN e pesquisador do Grupo Interprofissional de Saúde LGBTI+ da UFRN (GIPS LGBTI+).

atenção básica”² que tenho empreendido em análises teóricas e intervenções no âmbito da atenção e gestão em saúde para qualificar os processos de cuidado às pessoas trans nos serviços de saúde (Avelino, 2022; Avelino *et al.*, 2025).

Para este trabalho, proponho a discussão a partir de duas linhas temáticas: a primeira, “A produção de cuidado em saúde e o processo transexualizador no SUS: especialidade e patologia no sistema único de saúde”, analisa a produção de cuidado nos ambulatorios para pessoas trans e travestis (ambulatorios TT) a partir das portarias que regulamentam o processo transexualizador no SUS, de estudos da saúde coletiva e artigos que contribuem para pensar a saúde de pessoas trans e travestis publicados em periódicos de diferentes áreas do conhecimento. Na segunda linha, “Atenção primária à saúde e a integralidade do cuidado às pessoas trans e travestis”, apresento os principais resultados da pesquisa nas bases de dados e exploro o conceito de “transicionar a atenção básica”, discutindo sua relevância e aplicabilidade.

Para tecer as linhas destas reflexões ponho-me em diálogo com autoras e autores do campo da saúde coletiva, e dos estudos da antropologia e transgeneridade. Partindo dos conceitos de produção de cuidado e subjetividades a partir dos estudos Emerson Mehry (2013) e interprofissionalidade a partir de Ricardo Ceccim (2018); na antropologia a partir das contribuições de Berenice Bento (2017) e seu dispositivo da transexualidade e dos estudos sobre ciscolonialidade de Viviane Vergueiro (2016).

A produção de cuidado, conforme Franco e Mehry (2013), abrange os arranjos organizativos, desde fluxos e ambiência até práticas assistenciais - que utilizam diferentes tecnologias (relacionais, clínicas ou gerenciais) para responder às necessidades de saúde da população. Essa produção se expressa concretamente na organização dos serviços (marcação, regulação, espaços físicos), nas interações profissionais (linguagem, comunicação, prescrições) e nas diversas formas de atenção oferecidas.

Assim como Mehry (2013) compreende o trabalho em saúde e sua organização como um reflexo da relação do indivíduo com o mundo, além de sua dimensão operativa, entendo a produção de cuidado como um espelho dessas relações, neste caso, das relações entre corpo, sexo, gênero e saúde a partir das experiências trans. Sendo assim, por meio desta revisão, busquei não só compreender os distintos movimentos de produção do cuidado às pessoas trans no âmbito da APS, mas as produções discursivas em jogo nesses contextos, guiado pela seguinte questão de pesquisa: “quais relações sobre corpos trans são reveladas a partir da forma como os sistemas de saúde respondem às suas demandas?”. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é o de refletir sobre o papel da APS na produção de cuidado em saúde às pessoas trans e travestis no SUS.

² Embora o termo “atenção primária à saúde” seja utilizado internacionalmente para tratar deste nível de atenção à saúde, utilizo o termo “atenção básica” para reafirmar as especificidades da formulação brasileira empreendida desde o movimento da reforma sanitária. Entendendo que atenção básica reflete não somente um escopo de ações em nível primário, mas uma concepção mais ampla sobre saúde e atenção primária que deve ser a base do SUS (Giovanella *et al.*, 2019). Opto pela diferenciação dos termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica na terceira seção do texto, em que dedico a discussão especificamente sobre isto.

2 METODOLOGIA

Aqui foi adotado o método da revisão narrativa da literatura. Esta escolha se deu para melhor se adequar ao objetivos deste estudo, pois permite, em um primeiro momento, uma caracterização abrangente e crítica do campo investigado, pois incorpora estudos de naturezas diversas; e, em um segundo momento, a promoção de um diálogo profundo e contextualizado com o referencial teórico proposto, indo além da simples síntese de evidências para interpretar tendências, lacunas e nuances do fenômeno estudado. Esta flexibilidade se diferencia das revisões sistemáticas ou integrativas, mais focadas em responder perguntas específicas de intervenção ou efetividade através de protocolos mais rígidos que buscam produzir uma síntese (Cavalcante; Oliveira, 2020).

Este é um recorte específico de pesquisa mais ampla realizada em dissertação de mestrado (Avelino, 2022), cujo objetivo era mapear experiências na APS em atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros e Intersexuais (LGBTTI+). Para tanto, foi conduzida uma busca sistemática entre junho e agosto de 2022 nas bases SciELO, BVS e PubMed, utilizando descritores DeCS/MeSH combinados: termos representativos da APS ('Atenção Primária à Saúde', 'Atenção Básica', 'Saúde da Família e Comunidade') articulados a descritores sobre minorias sexuais e de gênero³ ('transexuais', 'pessoas trans', 'transgênero' e equivalentes), com variações em português, inglês e espanhol.

Foi empregado o período de 2011 a 2022 e incluídos artigos nos três idiomas que abordassem intervenções, acesso, formação profissional ou experiências trans na APS, tanto quantitativos quanto qualitativos. Foram excluídos estudos epidemiológicos sem foco em experiências assistenciais, literatura cinzenta, pesquisas que não mencionavam população trans e aquelas alheias aos objetivos do estudo.

Todo o processo de triagem foi gerenciado no software Rayyan, seguindo etapas sequenciais de filtragem por título, resumo e leitura integral. Desse universo, 46 estudos foram inicialmente identificados, sendo 15 selecionados para análise após aplicação dos critérios - com foco específico neste texto nas pesquisas que centralizam pessoas trans ou as incluem significativamente em suas amostras".

3 PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: ESPECIALIDADE E PATOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os debates sobre as diversidades étnico-raciais, sexuais e de gênero marcam a agenda da saúde coletiva enquanto campo de produção teórico-científica e luta política em defesa de uma justiça erótica, reprodutiva e de gênero (Bonan, 2023). Tais contribuições sobretudo dos movimentos sociais culminam em um marco histórico e político para pessoas

³ Este é o termo utilizado nos descritores de ciências da saúde para se referir à população LGBTTI+.

LGBTTI+: a Política Nacional de Atenção Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais⁴ (PNSILGBT), instituída em 2011, por meio da portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.

Ainda que traga importantes avanços para o SUS em termos de política de saúde, com destaque para a inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero como determinantes sociais da saúde, a política deixa em aberto duas lacunas para a consolidação da atenção integral a pessoas trans: i) a invisibilidade da atenção primária à saúde, e ii) a ausência da interprofissionalidade no chamado processo transexualizador (PrTr)⁵ (Brasil, 2011).

Contudo, os desafios para a implementação da PNSILGBT já são amplamente documentados em pesquisas anteriores e mais recentes. Por exemplo, o estudo do sociólogo Richard Miskolci *et al.* (2022), através de uma análise do cenário brasileiro de implementação da política, levanta a necessidade de descentralização e interiorização dos serviços de saúde para pessoas LGBTTI+, já que os serviços voltados para atendimento especializado se concentram em grandes centros urbanos e nas metrópoles, o que dificulta o acesso da população das periferias e das cidades do interior.

É interessante observar que há uma forte tendência a se orientar as análises partindo de um ponto de vista da especialidade, considerando a implementação de ambulatórios especializados como o principal indicador de sucesso da consolidação da política. Esta orientação desconsidera a perspectiva de organização em redes de atenção que orienta o SUS e que garante a integralidade da atenção (Mendes, 2010). Isto reflete a própria compreensão da PNSILGBT, tanto em sua portaria de implementação como na portaria do PrTr, pois ambos deixam de lado a APS, sendo pouco, ou sequer, citada. Especificamente, os desafios levantados por Miskolci *et al.* (2023) são produtos desta falha da política: a invisibilidade da APS no processo transexualizador. Se, na política nacional, a APS não tem papel algum e é pontualmente mencionada, na redefinição do PrTr a APS tem um papel muito mais burocrático, sendo a porta de entrada em seu sentido mais literal possível, pois se reserva a acolher, encaminhar e regular (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Dessa forma, a APS, para além de um primeiro contato como porta de entrada para serviços especializados, deveria ser central para a superação dos desafios levantados, visto que está mais próxima do cotidiano dos sujeitos, além de sua abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade. Nesta perspectiva, pensando em seus atributos essenciais, não somente a descentralização e a interiorização seriam possíveis, mas também haveria possibilidade de um certo grau de resolutividade das demandas das pessoas trans e

⁴ Limito a utilização do termo transexuais em detrimento a travestis e transgêneros apenas a referência à política de saúde em questão.

⁵ Adoto o termo processo transexualizador para me referir especificamente ao processo descrito nos termos adotados nas portarias GM/MS 1.707, de 18 de agosto de 2008 e redefinida pela portaria GM/MS 2.803, de 19 de novembro 2013. Adiante tensiono este mesmo termo para pensar um processo mais amplo, objeto desta análise, que é o “processo de afirmação de gênero”, já utilizado por pessoas trans.

neste nível de atenção, não somente demandas amplas, mas as do processo de afirmação de gênero.

Para compreender o impacto da APS, é importante entender como esta lacuna repercute na produção de cuidado. Nesse sentido, argumento que, em um primeiro momento, a restrição das ações no âmbito especializado legitima os discursos de patologização das identidades trans; e, em um segundo momento, a conformação das equipes e ofertas de serviços exclui de forma seletiva as pessoas trans não-binárias do processo de atenção.

Para a professora Leilane Serratine Grubba (2022), o modelo biomédico centrado na doença é estruturante para a política de acesso ao processo transexualizador. Este modelo organiza seu cuidado centrado nas figuras das especialidades: endocrinologia e psiquiatria. Dessa forma, as pessoas trans precisam passar pelo crivo desses especialistas para que eles atestem e verifiquem suas identidades de gênero, para só então ter acesso aos procedimentos por meio de hormônios e cirurgias, que acontecem mediante a classificação no código F64, de transtorno de identidade de gênero no Código Internacional de Doenças (CID) (Grubba, 2022).

Nesta perspectiva, não basta apenas ser e se autoidentificar como pessoa trans, mas é preciso ser suficientemente e “patologicamente” trans para se ter acesso às intervenções nos ambulatorios. Romeu Gomes *et al.* (2018) denominam esse processo como um exame da identidade de gênero autoatribuída, que se baseia em atestar a veracidade das identidades trans com um propósito de regulação e de normalização dos corpos trans.

Para Viviane Vergueiro (2015, p. 132) este é o paradigma corrente de atendimento às pessoas trans: tratamentos compulsórios para acessar o *cistema* de saúde e o desconhecimento amplo e generalizado sobre a diversidade cultural que informa as construções e identificações de gênero. Em outras palavras, apesar de garantirem o acesso à saúde das pessoas trans, a política de saúde não renuncia ao exercício do controle e normalização das identidades, e ainda coloca o transtorno como condição para garantia do acesso.

É fato que há diversos avanços entre as portarias de regulamentação do processo transexualizador de 2008 para 2013 para o trabalho dos ambulatorios TT, sendo inquestionável o seu papel na garantia do direito à saúde das pessoas trans. Entre os avanços destaco: a ampliação dos serviços que poderiam ser habilitados, que antes se restringiam apenas a hospitais universitários, a ampliação dos procedimentos realizados, sobretudo os cirúrgicos e diferentes tipos de atendimentos, a ampliação da equipe multiprofissional e também a redução da idade mínima para início do processo, de 21 para 18 anos (Brasil, 2008; Brasil, 2013).

Todavia, essas mudanças comprometem-se muito mais com a biomedicalização do que com a atenção integral pela ampliação de especialidades. Além disso, é importante

perceber que essa proliferação de especialidades também produz mais medidas de controle. Para Vergueiro (2015, p. 130) estas práticas argumentam sua finalidade em razão primeiro de uma tutela da autonomia - e reserva de mercado - sob o suposto terror do arrependimento com a cirurgia de afirmação de gênero.

Tudo isso configura o paradigma biomédico-especializado que caracteriza a produção de cuidado às pessoas trans e travestis no SUS o que, para Melo *et al.* (2024), carrega os resquícios dos processos históricos de construção da transexualidade enquanto uma categoria de intervenção médica, pois já nas primeiras tentativas de regulamentação do PrTr o Conselho Federal de Medicina propôs a cirurgia de transgenitalização em mulheres trans como uma forma de tratamento da transexualidade diagnosticada por psiquiatra.

Para Berenice Bento (2017, p. 36), essa forma de operação faz parte do dispositivo da transexualidade, em que a articulação entre discursos teóricos e práticas reguladoras, sobretudo discursos médico-especializados, estabelecem saberes específicos para “diagnóstico” e diferenciação da transexualidade, passando a estabelecer também um tratamento específico para os indivíduos transexuais. Ou seja, patologia e especialidade caminham de mãos dadas, pois a ideia de um saber médico específico sobre a transexualidade e o processo transexualizador não só toma a transexualidade como objeto de intervenção médica, mas médico-especializada, alimentando a ideia da identidade trans enquanto patologia e afastando a possibilidade de uma compreensão mais ampla de saúde e da transgeneridade.

Isso se confirma à medida que o PrTr tal como regulamentado exclui as pessoas trans não-binárias, de gênero fluido ou agênero, ou qualquer pessoa trans ou travesti que não deseje, ou até não possa realizar tratamentos hormonais ou intervenções cirúrgicas por contraindicações clínicas. Essas, que por não demandarem intervenções de modificação corporal permanentes, não necessariamente não possuem demandas específicas em sua transição de gênero (ou de saúde geral), e que não são cobertas pela carta de serviços dos ambulatorios TT.

Se parte do processo de atenção à saúde ao processo transexualizador se baseia no diagnóstico da transexualidade a partir de uma exaustiva avaliação psicológica e da história do sujeito (Bento, 2017), tal classificação serve não só para definir, mas homogeneizar as vivências trans, e, além disso, selecionar quais pessoas trans podem ou não podem ter acesso ao processo e aos ambulatorios, ou nas palavras de Bento (2017, p. 43): “quando se definem as características dos transexuais, universalizando-as, determinam-se padrões para avaliação da verdade, gerando hierarquias que se estruturam a partir de exclusões”.

Apesar de concordar com tais afirmações, acrescento que a produção de hierarquias e exclusão é um processo que opera não só pela via da classificação, mas também através de uma via da gestão em saúde. Para desenvolver esta análise, utilizo a estratégia do diagrama fluxo-resumo proposta por Mehry (2013), em que o autor sintetiza quatro processos

produtivos básicos de um serviço de saúde: a entrada, recepção, decisão, cardápio de ofertas e a saída.

De forma breve, as etapas de entrada, recepção e decisão correspondem aos processos já mencionados sobre a classificação e os diagnósticos. Para Mehry (2013) a entrada diz respeito à ida dos indivíduos ao serviço, de forma que há um contingente de pessoas que podem ter o acesso negado ou dificultado neste ponto, antes mesmo de chegarem ao serviço, e aqueles que irão efetivamente ter entrada, regulados ou não, para o serviço. Tais etapas já operam uma pré-seleção de pessoas trans que terão acesso, seja via encaminhamentos da APS ou por critérios formais (como busca por hormonização/cirurgias), enquanto excluem outras por não-enquadramento nesses requisitos ou pela transfobia institucional (Reis *et al.*, 2021).

Na etapa de decisão, que verifica se o sujeito atende aos critérios do serviço, ocorre o processo de codificação. Neste momento, o profissional acolhe as demandas do paciente e as decodifica em problemas de saúde para identificar quais estão aptos para a próxima etapa - as intervenções tecnológicas ou a carta de serviços do serviço. Merhy (2013) alerta que não são apenas os critérios estabelecidos pelo profissional que determinam se o usuário seguirá adiante, mas sim o que está disponível no repertório do serviço de saúde que seleciona quem terá acesso ao atendimento final daquele serviço. Neste momento entra em cena o cardápio de ofertas, compreendendo as modalidades e formatos tecnológicos assistenciais disponíveis no serviço - consultas individuais, grupos operativos ou intervenções diretas e procedimentos (Merhy, 2013).

Em outras palavras: se um ambulatório TT limita-se apenas à oferta de serviço médico-especializado e psicossocial direcionado para hormonização e acesso às cirurgias, apenas aquelas pessoas trans que se enquadram nestes critérios irão ter acesso aos seus serviços.

Há ainda nessa relação o que Merhy (2013) denomina como postura ético-política do profissional, um espaço de autogovernabilidade que mobiliza não apenas suas competências técnicas, mas também seus valores pessoais, sendo assim, o momento em que os profissionais aplicam os recursos técnicos e valores humanos de sua formação para responder às necessidades de saúde das pessoas trans. Contudo, esta dimensão ético-política exige um compromisso fundamental: o respeito incondicional à diversidade de gênero. Do contrário, o atendimento irá desembocar em transfobias e demais violências institucionais.

Em síntese, a produção do cuidado em saúde para pessoas trans segue uma lógica regulatória que opera em dois níveis complementares: i) a classificação das identidades trans conforme critérios institucionais pré-estabelecidos de acordo com os modelos médico-especializado patologizante, e ii) a adequação dessas identidades ao cardápio de ofertas disponíveis nos serviços de saúde, segundo as normas regulamentadoras. A essa categoria

Berenice Bento (2017) conceituou como "a produção do transexual verdadeiro", um mecanismo que, ao estabelecer padrões rígidos de autenticidade, promove o apagamento das diversas expressões trans, operando através de uma lógica binária de gênero, sustentada por narrativas lineares e estereotipadas sobre identidade de gênero, além da exigência do desejo por modificações corporais como parâmetro de legitimidade.

Esta análise, portanto, corrobora com as análises propostas por Vergueiro (2015) que pensa o SUS enquanto um CISTema de saúde. CISTema, nessa perspectiva, é uma forma de analisar o sistema de saúde enquanto um produto do pensamento ciscolonial, um imperativo para se pensar os sistemas de saúde enquanto práticas de perpetuação de uma estrutura cisnormativa de hierarquização de gênero, que opera sobretudo a partir da patologização das identidades trans.

A partir disso levanto os seguintes questionamentos: como uma ampliação das tecnologias assistenciais poderia transformar o modelo de cuidado, garantindo maior acesso e equidade? E qual o limite da capacidade dos serviços de média/alta complexidade em promover atendimento integral? É a partir dessas interrogações que proponho a discussão do papel estratégico da APS e da interprofissionalidade no SUS - enquanto alternativas para superar os desafios estruturais aqui evidenciados e apontados pela literatura.

3.1 INTERPROFISSIONALIDADE PARA UM PROCESSO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO

O campo da saúde coletiva tem sido atravessado por pautas de gênero e sexualidade, avançando além das perspectivas feministas hegemônicas para incorporar debates sobre diversidades (Bonan, 2023). Questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos, empregabilidade, trabalho, renda e insegurança alimentar vêm ganhando crescente espaço na agenda da saúde coletiva voltada para a população trans. Essa ampliação temática reflete a necessidade de abordar as múltiplas dimensões que impactam o processo saúde-doença nesse grupo populacional.

No campo dos direitos reprodutivos, Silva e Pfeil (2023) abordam a gestação, o aborto e a parentalidade como parte da experiência transmasculina, verificando que a maioria das gestações entre homens trans ocorre sem planejamento, com significativa ocorrência de abortos e casos de violência obstétrica, apontando para a urgência de políticas específicas nessa área e intersecções com a agenda dos direitos reprodutivos.

Em paralelo, o estudo de Góis *et al.* (2024) evidencia a alta prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) entre pessoas trans, correlacionada diretamente com baixa renda e dificuldades de empregabilidade. Os autores defendem a incorporação do rastreamento de IAN na atenção à saúde trans e o desenvolvimento de políticas intersetoriais para enfrentar essas desigualdades, que estão intimamente ligadas às diversas formas de violência sofridas. Nesse sentido, Carvalho e Menezes (2021) analisam como a transfobia opera na produção do processo saúde-doença entre pessoas trans, enfatizando

que a vulnerabilização dessa população deve ser compreendida como fenômeno sociopolítico e não como condição natural, demandando respostas intersetoriais que envolvam não apenas a saúde, mas também assistência social e segurança pública.

É imperativo reconhecer que as demandas de pessoas trans vão além da transição de gênero, abarcando a pluralidade de experiências trans (binárias e não-binárias). Dessa forma, há um descompasso na atenção ofertada: de um lado o paradigma biomédico-especializado centraliza as ações no processo transexualizador, do outro há necessidades amplas cada vez mais emergentes. Nesse contexto, a interprofissionalidade e o fortalecimento da APS surgem como estratégias promissoras para responder à complexidade das demandas da população trans de forma abrangente e qualificada.

A interprofissionalidade, conforme Ceccim (2018), transcende a noção de trabalho em equipe multiprofissional, configurando-se como um modo de organizar os processos de trabalho em saúde. Envolve desde arranjos institucionais até tecnologias de gestão do cuidado na atenção à saúde das pessoas trans, esta abordagem representa um compromisso ético-político que reorganiza a atenção a partir das necessidades ampliadas dessa população - integrando dimensões clínicas, sociais e políticas na busca por cuidado resolutivo.

A interprofissionalidade nesse contexto exige uma transformação estrutural que abrange desde a composição das equipes nos ambulatórios TT, impactando diretamente a gestão das políticas do processo transexualizador e a habilitação de serviços, até a formação profissional no SUS, com um compromisso intransigente com a diversidade sexual e de gênero. Essa abordagem desafia radicalmente as relações de poder-saber entre as categorias profissionais, promovendo a autonomia das diferentes profissões como estratégia para descentralizar o cuidado e ampliar o acesso a intervenções em saúde em todos os níveis de atenção.

Em 2021, o Conselho Regional de Nutrição lançou o Guia de Atenção Nutricional à População LGBTQIAPN+, com diretrizes para acompanhamento de pessoas trans (incluindo PrTr). O documento enfatiza o papel do nutricionista na prevenção, tratamento e monitoramento de alterações metabólicas por hormonioterapia, além de abordar questões como a IAN. Mais que um manual técnico, o guia propõe romper com paradigmas tradicionais, questionando a generificação de parâmetros (valores laboratoriais, medidas corporais, indicadores metabólicos) baseados em padrões cisnormativos. Essa crítica aponta a necessidade de reformular instrumentos de trabalho (fichas, questionários, linguagem) e revisar referências biológicas que naturalizam corpos e metabolismos numa lógica binária e cisgênera.

Isso fornece uma primeira pista para pensar a interprofissionalidade na atenção às pessoas trans e travestis, em que tal abordagem deve representar uma verdadeira transformação nas práticas de cuidado, questionando os saberes instituídos e

reconfigurando os processos de atenção e gestão da saúde, e não apenas ampliar os serviços. Isso implica superar a visão restrita do PrTr para abraçar uma concepção ampla de “processo de afirmação de gênero”, que reconheça e valide a pluralidade das experiências trans, desafiando parâmetros cisnormativos e instituindo formas mais diversas e acolhedoras de atenção à saúde.

Alinho meu pensamento, portanto, a um processo de afirmação de gênero, sobretudo conforme proposto pelas teóricas transfeministas, como Vergueiro (2015), que aborda esse processo de afirmação de gênero sob a perspectiva de uma autonomia corporal.

O que eu desejaria de um sistema de saúde seria, fundamentalmente, que minha corpa existisse, e que minha autonomia corporal fosse devidamente informada por pesquisas que a pensassem em suas complexidades, e não como um mitológico grupo social homogêneo criado por sistemas médicos patologizantes que parecem se preocupar mais com nosso monitoramento, controle e exploração acadêmico-econômica que em nossos bem estares (Vergueiro, 2015, p. 128).

Um processo ampliado de afirmação de gênero, do ponto de vista da saúde deve também incorporar as demandas negligenciadas pelo processo transexualizador do SUS - como reabilitação vocal, mudanças corporais transitórias, saúde reprodutiva e apoio psicossocial não centrado na disforia de gênero.

Para ilustrar esse ponto, apresento dois estudos transversais conduzidos em um ambulatório TT de Recife. Barra, Gusmão e Araújo (2020) investigaram a autopercepção vocal em pessoas trans, identificando que, além de manifestarem desejo de modificação vocal para adequá-la à identidade de gênero autoatribuída, uma parcela significativa apresentava indicativos de disфонia – o que evidencia a necessidade de intervenções específicas de reabilitação vocal. Por sua vez, Santos *et al.* (2022) identificaram uma associação significativa entre o uso de *binder* por pessoas transmasculinas e a presença de sintomas dolorosos na região da coluna vertebral, além de sintomas respiratórios, tais como dispneia (cansaço ou sensação subjetiva de falta de ar).

Esta é a segunda pista sobre a atenção interprofissional: considerar que as necessidades de saúde das pessoas trans não se restringem à transgeneridade, estando também entre as demandas comuns dos serviços de saúde. Pessoas trans podem ter dores lombares, disfonias, dores de cabeça, hipertensão, diabetes, condições que podem ou não estar associadas ao processo de transição de gênero, por meio de mudanças corporais transitórias ou efeitos da hormonização, demandando atendimento tanto na atenção básica quanto na especializada.

Contudo, é fundamental analisar criticamente essas contribuições, tomando cuidados para que tais estudos não gerem novas especialidades nos núcleos de saber, mas sim

ampliem a capacidade resolutive das categorias profissionais. Em outras palavras, é preciso evitar que esses saberes produzam uma especialização da transexualidade, ou mais precisamente, a formação de “especialistas em transexualização”. Embora seja incontestável a necessidade de produzir pesquisas e conhecimentos específicos para atender às demandas particulares das pessoas trans, e embora o atendimento qualificado e adequado às suas necessidades seja premissa do SUS, ao confinar esses saberes a uma especialidade exclusiva, corre-se o risco de reforçar discursos transfóbicos já presentes nos serviços de saúde.

Por exemplo, na autoetnografia de Viviane Vergueiro (2015) podemos acompanhá-la justamente em uma ida a um serviço ambulatorial para acompanhamento com endocrinologista, em que a autora relata:

Sou direta e digo que sou uma mulher trans, e que gostaria de fazer exames para acompanhar a terapia hormonal que tenho feito por conta. A resposta é igualmente incisiva: 'eu não faço esse acompanhamento. Esse é um acompanhamento que tem uma especificidade diferente' (Vergueiro, 2015, p. 126).

Em minha dissertação de mestrado, nas entrevistas com profissionais e pessoas trans de um ambulatório de um hospital maternidade pude constatar como estes discursos operam no cotidiano, processos que denominei como mecanismo de opacidade⁶ e ociosidade (Avelino, 2022). Foi frequente encontrar profissionais que alegavam “não saber” atender pessoas trans adequadamente, justificando falta de preparo durante a graduação e, consequentemente, declarando-se inaptos para realizar tais atendimentos e efetivamente não realizando. Paralelamente, pessoas trans relatam experiências de busca por serviços de saúde em que os profissionais recusavam atendimento com base nessas alegações ou condicionavam o cuidado à obtenção prévia de formação específica (Avelino, 2022).

Ressalto que estes processos pouco têm a ver com a capacidade técnica aprendida em formações, e muito mais com o que abordei anteriormente sobre a ideia de postura ético-política postulada de Mehry (2013). Relegar todo o atendimento às pessoas trans e o processo de afirmação de gênero a uma única especialidade pode acentuar esses efeitos negativos, pois a justificativa de “não ser especialista” ou “não ter formação” pode produzir negligência e negação de acesso. A interprofissionalidade, nesse contexto, deve reconfigurar as práticas profissionais integrando saberes em vez de fragmentá-los.

A enfermagem tem sido fundamental nesse processo, com iniciativas que demonstram autonomia profissional no cuidado às pessoas trans e travestis, incluindo o acompanhamento da terapia hormonal (Nisly *et al.*, 2018; Voss; Simon, 2021). A

⁶ O termo foi atualizado para este texto, tendo em vista a necessidade de sua reformulação pela adoção inicial do termo capacitista “cegueira”, para denotar a não observância das necessidades de saúde, ainda que existentes e comuns a todas as pessoas.

interprofissionalidade não se limita ao compartilhamento de saberes entre categorias profissionais, mas multiplica as possibilidades de intervenção e descentraliza o cuidado, questionando a centralidade médica na afirmação de gênero.

Esta é a terceira pista para a atenção interprofissional às pessoas trans: os saberes compartilhados entre categorias profissionais, o que Ceccim (2018) denomina “o comum de dois”. Assumir a interprofissionalidade significa, portanto, integrar cuidados compartilhados entre duas ou mais categorias profissionais, com o objetivo de multiplicar as possibilidades de intervenção e, principalmente, ampliar o acesso aos serviços de saúde, descentralizando os cuidados. A enfermagem nesta perspectiva teria papel fundamental para a garantia do direito à saúde de pessoas trans, dado a sua autonomia e importante presença nos serviços de saúde, o que amplia as possibilidades de atenção às pessoas trans, não restringindo-se a um papel auxiliar, mas por si só completo (Rosa *et al.*, 2019).

Por fim, é fundamental considerar as demandas psicossociais longe de uma exclusividade e nem secundárias à disforia de gênero, mas contemplando a defesa da legitimidade das subjetividades trans em contraponto à patologização das identidades trans. Nesse sentido, a psicologia, o serviço social e a terapia ocupacional vêm construindo debates importantes para ressignificar o cuidado psicossocial voltado às pessoas trans desnaturalizando os processos de sofrimento e vulnerabilização. Destacam-se os posicionamentos oficiais pela despatologização das identidades trans pelo Conselho Federal de Psicologia (2018) e Conselho Federal de Serviço Social (2018), bem como as contribuições da terapia ocupacional social (Melo; Farias; Lopes, 2023).

Para Melo, Faria e Lopes (2023) esse trabalho não pode limitar-se à esfera individual, exigindo o enfrentamento das condições estruturais que produzem vulnerabilidades. Os autores ressaltam a necessidade de transcender as abordagens clínicas tradicionais para atuar nos nós críticos que perpetuam a exclusão social, política e econômica de pessoas trans e travestis. Essa perspectiva demanda tanto a qualificação das práticas profissionais quanto um compromisso ético-político com ações de transformações sociais mais amplas.

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO AS PESSOAS TRANS E TRAVESTIS

Nesta seção discuto os atributos essenciais da APS e apresento os principais achados da revisão de literatura, a partir disso reflito como este nível de atenção pode favorecer a atenção integral de pessoas trans e travestis no SUS e contribuir para superação dos desafios de implantação das políticas públicas de atenção às pessoas trans no Brasil. Por fim, apresento a categoria “transicionar a atenção básica” como uma forma de rediscutir os atributos essenciais e ampliar a capacidade resolutiva da APS frente às necessidades de saúde das pessoas trans.

Antes de conceituar APS e diferenciá-la da AB brasileira, abordo a construção histórica da atenção primária que foi marcada por dois momentos fundamentais: a Conferência de Alma Ata (1978) e a de Astana (2018). No contexto da Guerra Fria e de regimes autoritários, Alma Ata estabeleceu os princípios de acesso universal, determinação social da saúde e participação comunitária. Quatro décadas depois, em um cenário de austeridade fiscal e crise migratória, Astana trouxe para o centro do debate as questões de financiamento e a tensão entre universalismo e focalização (Giovanella *et al.*, 2019). Esses marcos revelam como a APS sempre foi terreno de disputas políticas, em que se confrontam diferentes modelos de organização social e visões de saúde pública, mas sempre debatendo acesso, integralidade e equidade (Fertonanni *et al.*, 2015).

No Brasil, adotou-se atenção básica (AB) como formulação nacional da APS. Mais do que um modelo técnico de organização de serviços, a AB representa um projeto de SUS comprometido com justiça social, onde princípios como equidade e direito à saúde se concretizam na prática cotidiana dos serviços. Defender a AB é, portanto, afirmar um sistema de saúde universal e democrático, capaz de resistir às pressões por focalização e seletividade que marcam o cenário internacional contemporâneo.

Ser o primeiro contato e a porta de entrada para o sistema, acompanhar os indivíduos, as famílias e comunidades longitudinalmente, atender de forma integral às necessidades de saúde trazendo o foco para a prevenção e a proteção da saúde com promoção da participação popular, e coordenar o cuidado são os atributos fundamentais desse nível de atenção segundo Bárbara Starfield (2013). Contudo, o movimento da reforma sanitária teceu uma crítica, sobretudo, à seletividade com que a APS estava sendo empreendida, focalizando grupos populacionais e doenças específicas, e formulou a ideia de atenção básica à saúde como um contraponto, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (Giovanella *et al.*, 2019).

O Brasil ainda se diferencia principalmente por ter elegido a Estratégia de Saúde da Família como ordenadora da AB em território nacional. Ainda que hoje esta visão passe por diversas mudanças e retrocessos na sua política, sobretudo quanto ao seu modelo de financiamento, tal modelo ainda tem grande presença e impacto, principalmente na garantia do acesso à saúde em grupos vulnerabilizados, melhora de indicadores de saúde como um todo, como redução de morbimortalidade (Melo *et al.*, 2019).

Todavia, se faz urgente pensar nas ações que possam ampliar o impacto da AB na população, especialmente, naquelas populações que sequer chegam até ela, como é o caso das pessoas trans (Ferreira; Bonan, 2021). Melhorar o acesso das pessoas trans à APS e ampliar a sua capacidade de resposta às suas necessidades de saúde é um imperativo para se pensar em um movimento de “transicionar a atenção básica”.

A revisão bibliográfica realizada nas bases de dados evidenciou uma significativa produção nacional sobre o acesso de pessoas trans à AB, com enfoque particular nas

percepções dos trabalhadores desse nível de assistência, especialmente profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (Silva *et al.*, 2021; Silva; Finkle; Moretti-Pires, 2019; Reis *et al.*, 2022; Ferreira; Bonan, 2021; Pereira; Chazan, 2019).

Esses estudos adotam predominantemente referenciais teóricos das representações sociais, não apenas revelando as dificuldades de acesso e as lacunas na formação profissional em saúde, mas também contribuindo para a compreensão da dimensão intersubjetiva do processo saúde-doença e sua articulação com o contexto macrossocial. De forma mais ampla, tais trabalhos fortalecem a análise da saúde a partir de uma perspectiva sócio-histórica. Essa é uma forte característica da produção brasileira, influenciada em certa medida pelo campo da saúde coletiva. Em sua gênese nos movimentos da reforma sanitária na defesa do direito e da universalização da saúde, ao assumir a pauta das questões de gênero produziu ao longo dos anos tanto saberes científicos, quanto mobilizações sociais e políticas de saúde voltadas à promoção da equidade. Isto reforça a importância da saúde coletiva como um instrumento de luta a favor da justiça de étnica e de gênero (Bonan, 2024).

Contudo, há ainda emergências latentes, visto que a maioria destes estudos abordam as pessoas trans no conjunto das pessoas LGBTQTI+, inclusive com muitas confusões terminológicas. Há também lacunas no que diz respeito à produção de experiências mais concretas, e até exitosas, mesmo que em forma de relatos de experiências. Entretanto, mais recentemente as pesquisas na AB têm aumentado e em uma perspectiva voltada para os processos de trabalho em si, como é o caso dos trabalhos de Barra *et al.* (2025), Lima *et al.* (2019) e Silva e Schons (2019).

O estudo de Barra *et al.* (2025) demonstrou que algumas pessoas trans elegem determinadas UBS como referência para atendimento em saúde, inclusive aquelas localizadas fora de seu território adscrito. Isso está associado à presença de profissionais que possuem o que os autores caracterizam como um "perfil favorável ao cuidado LGBTQTI+", contemplando tanto competências técnico-assistenciais quanto postura ética no atendimento às demandas específicas da população trans. Embora não constituam uma realidade homogênea, essas unidades representam importantes pontos de apoio para a população trans (Barra *et al.*, 2025).

Esse fenômeno apresenta uma particular relevância analítica, pois ele avança nas abordagens mais convencionais sobre o acesso de pessoas trans e pessoas LGBTQTI+ no geral. A literatura predominante tende a naturalizar violências, vulnerabilidades e a negação do acesso, contudo tal perspectiva, se tomada como única, pode reduzir a complexidade do fenômeno do acesso à saúde, que pode ocorrer por meio de vias alternativas. O que Barra *et al.* (2025) demonstra é a existência de um modelo de fuga, mas que é institucionalmente mediado, e que pode ser entendido como um "acesso facilitado"⁷.

⁷ Exploro mais essa relação entre as diferentes "rotas de fuga" que pessoas LGBTQTI+ recorrem como forma de resistência e subversão às violências institucionais que operam no nível da gestão e atenção em saúde, sendo

No trabalho de Silva e Schons (2019), as autoras sistematizam um guia rápido para atendimento integral a pessoas trans voltado para Médicos de Família e Comunidade (MFC) na AB, desenvolvido a partir de revisão de literatura. O estudo evidencia a necessidade de criar ferramentas que auxiliem os profissionais na condução de consultas e intervenções, além de instrumentalizá-los para incorporar essas ferramentas à prática profissional, conferindo maior materialidade às ações e constituindo uma verdadeira práxis transformadora. Os questionários e instrumentos propostos qualificam a atenção e estabelecem um *modus operandi* para os profissionais, um protocolo passo a passo que contempla ações fundamentais no atendimento a pessoas trans de forma sistemática, reduzindo tanto a tendência de presumir informações quanto os riscos de reprodução de violências institucionais.

Para Bonacossa e Oliveira (2023) a MFC não deve ser vista somente como uma clínica médica na clínica da família, mas como uma especialidade que desempenha um trabalho qualificado com uma visão sistêmica. Tal especialidade atua através de conhecimentos e ferramentas próprias da AB e que produzem um cuidado centrado no indivíduo, na família e na comunidade, e não voltado à doença, além de ser habilitada para diversos procedimentos como a própria terapia hormonal (Nisly *et al.*, 2018). Nessa perspectiva, Lima *et al.* (2019) demonstram através de um relato de experiência demonstram como ferramentas de abordagem familiar foram utilizadas para o projeto terapêutico de um homem trans acompanhado na AB.

Assim, a intervenção e o engajamento de profissionais habilitados em Saúde da Família e Comunidade, não apenas da medicina, mas também da enfermagem e demais categorias - devem ser vistos como um avanço para o cuidado integral das pessoas trans, à medida que os profissionais da AB possuem um olhar ampliado sobre as necessidades de saúde, que vai além dos hormônios e taxas metabólicas. Isso fica mais bem evidenciado nos estudos que defendem a descentralização da terapia hormonal para a APS, incluindo a atuação de profissionais de enfermagem.

A exemplo disso, destaco o estudo piloto de Ker *et al.* (2020), realizado na APS na Nova Zelândia⁸, que implementou um protocolo de afirmação de gênero com prescrição hormonal por médicos de família, acompanhados por equipe multiprofissional (enfermagem, psicologia e endocrinologistas como apoio). A pesquisa avaliou tanto a percepção das pessoas trans atendidas quanto dos profissionais envolvidos. Os resultados indicaram que os profissionais consideraram o procedimento simples por se alinhar à prática clínica cotidiana, relatando também sentimento de autorrealização devido ao *feedback* positivo dos usuários. Por outro lado, as pessoas trans destacaram um melhor acolhimento e maior

uma delas o que nomeei como acesso facilitado, mas que compreende outras vias de acesso que auxiliam a pensar melhor como produzir fluxos que promovam acolhimento (Avelino, 2022).

⁸ Cabe salientar que a Nova Zelândia atingiu a cobertura universal ao sistema de saúde e que há importante participação de investimentos públicos no setor saúde e que sua estratégia de investimento na APS reduziu o número de internações ambulatoriais e uso de serviços de urgências.

agilidade comparado à atenção especializada, onde enfrentavam longas esperas e processos desgastantes vinculados aos critérios de disforia de gênero, sentindo-se mais respeitadas na APS.

A revisão aponta uma significativa produção acadêmica sobre ações em saúde mental na APS, destacando o papel estratégico desse nível de atenção no apoio psicossocial às pessoas trans. Essa importância se concretiza na capacidade de oferecer cuidado territorializado, com proximidade do contexto sociocultural e familiar, ampliando o suporte individual por meio de abordagens integradas que atuam na redução do estigma através de intervenções no território (Bonifácio *et al.*, 2019). Um eixo central desse cuidado integral são as infâncias e adolescências trans, conforme evidenciado por Kameg e Nativio (2018), que ressaltam a necessidade de suporte especializado não apenas para crianças e adolescentes em processo de afirmação de gênero ou vivendo não conformidades de gênero, mas também para seus familiares e redes sociais de pertencimento.

As ações propostas na revisão abrangem desde intervenções clínicas até estratégias intersetoriais mais amplas. No âmbito clínico, é fundamental adotar uma abordagem sensível para compreender as experiências de não conformidade de gênero na infância, distinguindo entre a natural exploração de gênero própria do desenvolvimento infantil e casos em que se configura de fato uma identidade trans (Mariano; Moretti-Pires, 2018; Kameg; Nativio, 2018). Essa distinção cuidadosa é crucial para evitar tanto a patologização de expressões de gênero diversas quanto a negligência de demandas reais de crianças trans.

No âmbito da chamada "transição social de gênero", a literatura revisada propõe intervenções multinível. Primariamente, enfatizam o suporte psicossocial continuado às famílias durante todo o processo de transição. Paralelamente, recomenda-se a articulação sistemática com instituições educacionais, envolvendo: (a) a implementação do nome social em registros e interações cotidianas; (b) o respeito aos pronomes de tratamento nas instituições como escola; (c) o acesso a banheiros conforme a identidade autodeclarada; e (d) estratégias ativas de prevenção ao *bullying* (Kameg; Nativio, 2018; MacKinnon *et al.*, 2021; Voss; Simons, 2021). Estas medidas visam criar ambientes socialmente acolhedores, independentemente do estágio de modificação corporal.

Questões sobre planejamento reprodutivo e o que se convencionou como "cuidados primários" também ganham destaque na revisão. Nesse sentido, Nisly *et al.* (2018) recomendam a inclusão de métodos de rastreio de câncer de mama e de colo de útero em pessoas transmasculinas e pessoas não-binárias designadas no sexo feminino ao nascer, além da oferta de contracepção ainda que estas pessoas estejam em uso da testosterona, podendo ser tanto através de contraceptivos orais, como a inserção de dispositivo intrauterino. Estas são ações importantes para ir de encontro ao que Agonese e Lago (2017) denominaram como esterilidade simbólica, a ideia de que pessoas trans não podem ou necessariamente não querem gestar e desenvolver suas parentalidades. Atento para a

importância sobretudo da enfermagem, que possui autonomia e protagonismo frente aos direitos reprodutivos na AB.

Por fim, um último tema emergente na revisão são as ações de formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, há uma significativa produção de estudos originários da educação médica, particularmente da educação baseada em competências, que abordam as competências culturais necessárias para o atendimento de pessoas trans.

Os estudos analisados demonstram a eficácia de modelos formativos baseados nas diretrizes da *American Medical Association* para competências culturais no atendimento à população trans. Dois modelos se destacam: Ufomata *et al.* (2020) que desenvolveram um programa em quatro módulos (gênero/sexualidade, ISTs, saúde mental e processo transexualizador) para preceptores de MFC, que posteriormente replicavam os debates com residentes a partir de casos reais. Já MacKinnon *et al.* (2021) aplicaram formato similar com internos de unidades de APS. Ambos os estudos constataram que, após a formação, os profissionais se sentiam mais preparados e passavam a reconhecer as demandas LGBTTI+ já presentes nos serviços, além das unidades atingirem melhores indicadores de acesso.

A experiência de Ufomata *et al.* (2020) revelou-se particularmente inovadora ao capacitar preceptores como multiplicadores do conhecimento. Essa estratégia, que se pode tomar como educação permanente, mostrou-se viável mesmo entre profissionais sem formação prévia na temática, promovendo a problematização das práticas cotidianas no serviço. Paralelamente, outras iniciativas complementares demonstraram impacto significativo, como a formação de equipes completas (incluindo recepção) associada à adaptação de formulários para inclusão de nome social e orientação sexual desde o primeiro contato (Nisly *et al.*, 2018), evidenciando como mudanças estruturais simples podem transformar rotinas assistenciais.

Essas transformações operam na perspectiva da educação permanente, transcendendo formações pontuais para promover uma reestruturação contínua dos processos de trabalho. As pesquisas destacam ações afirmativas de gênero: (a) incorporação de símbolos de diversidade na ambientação dos serviços; (b) apresentação profissional com pronomes individuais; (c) adoção sistemática da consulta sobre nome social e pronomes para todos os usuários (Nisly *et al.*, 2018). Em síntese, as experiências internacionais em APS revelam um potencial transformador para ampliar o cuidado à saúde das pessoas trans, configurando-se como espaço estratégico para integralidade e intersetorialidade - superando as limitações do PrTr tradicional. Os estudos demonstram que soluções eficazes frequentemente consistem em adaptações simples e exequíveis dentro do escopo habitual da atenção primária.

4.1 PARA TRANSICIONAR A ATENÇÃO BÁSICA

Após essas análises, apresento a categoria "transicionar a atenção básica", que surge a partir de uma discussão dos atributos da APS e dos pressupostos da interprofissionalidade, de uma análise do chamado processo transexualizador do SUS e de experiências em descentralização de cuidados no contexto da AB. Ao pensar sobre como produzir modelos assistenciais e práticas que incluam as diversidades e subjetividades trans, é fundamental desatar um nó crítico para desenvolver as experiências: não se trata de criar novos modelos, mas requalificar os já existentes.

As necessidades de mudanças nas práticas em saúde para pessoas trans e travestis tratam da ampliação do que já é realizado nos serviços para se adequar às necessidades dessas pessoas. Esse movimento implica em uma retomada dos atributos e do conhecimento dos processos vivenciados por pessoas trans e travestis e suas necessidades de saúde, fazendo o encontro dessas vivências com o denominado cardápio de ofertas ou carta de serviços e tecnologias dos serviços.

Por exemplo, assumir e conhecer as experiências de gestação de pessoas transmasculinas, as genitorialidades de pessoas trans e suas relações afetivo-sexuais deve implicar numa requalificação dos processos de acompanhamento pré-natal e do planejamento reprodutivo na atenção básica. Esse movimento, que denominei como "transicionar a atenção básica", foi fundamental para repensar os fluxos e práticas de atenção a pessoas trans, como a criação de uma *caderneta DO gestante* voltada para o pré-natal de homens trans, visto que o Ministério da Saúde apenas adota a caderneta da gestante. Relato esta experiência em um artigo recentemente publicado, resultado de um trabalho de campo em um serviço de saúde sexual e reprodutiva em um hospital maternidade (Avelino, 2025).

A utilização do termo "transicionar" como uma metáfora vem da categoria êmica "transição de gênero" utilizada por muitas pessoas trans e travestis. Nesse sentido, não se trata de sair de um ponto ou gênero de partida para um outro ponto final ou gênero final, mas no sentido de se tornar o que se é em seu íntimo, e que foi negado por ter sido designado ao nascimento em um gênero no qual não se identifica, portanto, tendo que transicionar, ou como tensiona Vergueiro (2015), se autodeterminar enquanto pessoa trans e em um movimento político.

"Transicionar" como verbo no infinitivo e não "transição" como substantivo, pois essa é uma categoria que denota o movimento-ação política. E nesse movimento se faz fundamental: (a) assumir a diversidade de gênero e necessidades amplas de saúde, (b) reafirmar atributos da atenção básica e o compromisso ético-político dos profissionais de saúde, e (c) ampliar e requalificar práticas de atenção, ensino e gestão na saúde. Transicionar a atenção básica implica um processo contínuo de transformação ético-política e técnica, que vai além da mera reorganização de fluxos para repensar radicalmente

práticas assistenciais, de gestão e formação, garantindo acesso e integralidade no cuidado à saúde de pessoas trans e travestis. Trata-se de resgatar o caráter fundamental da atenção básica como espaço de construção de cidadania, superando a lógica reducionista do acolher-encaminhar.

Mais que isso, tomar a AB na centralidade da resposta ou como eixo estratégico para reorganização das políticas de saúde para pessoas trans no Brasil é assumir um compromisso com a integralidade em saúde e com a dissolução de um modelo biomédico-especializado e de combate à patologização das identidades trans, assumindo a diversidade de gênero no processo de afirmação de gênero e além dele. Transicionar a atenção básica é um movimento para promover o respeito e equidade e firmar um compromisso com o SUS enquanto um projeto de justiça social em defesa da vida digna para todas as pessoas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo revisei as experiências na APS de cuidados às pessoas trans e travestis, explorando como este nível de atenção pode contribuir para a promoção da atenção integral e no combate à patologização das identidades trans. Dessa forma, retomo minha pergunta e objetivos iniciais, não para encerrar o debate, mas caminhar para novas perguntas e movimentos de produção do cuidado.

As relações reveladas sobre os corpos trans, através dos distintos modelos assistenciais em saúde, evidenciam uma tensão estrutural entre o modelo biomédico-especializado e o de atenção integral. Enquanto o processo transexualizador do SUS, em sua conformação atual, reforça a patologização e perpetua práticas colonialistas sobre os corpos trans e travestis, a atenção básica permanece subutilizada nas políticas de saúde para pessoas trans. Importa destacar que tais modelos não constituem realidades estáticas, mas processos em permanente construção e disputa, condicionados por contextos sócio-históricos, políticos e econômicos específicos - como demonstram as experiências de transfobia ainda recorrentes na AB. Essa análise aponta para a urgência de movimentos políticos capazes de reorientar as práticas de atenção, gestão e formação em saúde, rompendo com lógicas opressoras e CIScoloniais.

Há ainda uma disputa discursiva no campo tendo em vista as diferenças entre as produções nacionais e internacionais. Enquanto o Brasil tem a AB na garantia do acesso e do direito à saúde as pessoas trans, além papel das subjetividades no processo saúde-doença, os sistemas de APS internacionais apelam para a dimensão logística e de APS seletiva, além de operarem através de ideias ligadas a categorias como “estresse de minorias”.

Defendo a interprofissionalidade como eixo estruturante para reorientar as práticas de saúde no processo de afirmação de gênero, mediante a dissolução de hierarquias entre saberes profissionais; a descentralização do cuidado para a AB e seu espaço estratégico por

seus atributos. Aposto na categoria "transicionar a atenção básica" como ferramenta analítica para reorganizar atenção, ensino e gestão, articulando os princípios da AB às práticas concretas voltadas às pessoas trans. Reconheço a APS como campo de disputa política que exige compromisso para superar as lacunas atuais nas políticas de saúde trans, sem pretender esgotar as complexidades deste debate.

REFERÊNCIAS

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 256-270, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>. Acesso em: 24 jul. 2025.

AVELINO, Matheus Madson Lima. **Cartografias da produção de cuidado em saúde à população LGBT+**. 2022. 152 f. Dissertação (Mestrado em Cognição, Tecnologias e Instituições) – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, RN, 2022.

AVELINO, Matheus Madson Lima *et al.* Transmasculinidades, gestação e acolhimento na rede de saúde. **Interface (Botucatu)** [Internet], v. 29, e240382, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.240382>. Acesso em: 24 jul. 2025.

BARRA, Brígida Gabriele Albuquerque *et al.* Saúde LGBTQIA+ na perspectiva da atenção básica: potencialidades e problemáticas. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 20, n. 60, p. 1-30, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14553578>. Acesso em: 24 jul. 2025.

BARRA, Brígida Gabriele Albuquerque; GUSMÃO, Úrsula Maria de Araújo Silva; ARAÚJO, Ana Nery Barbosa de. Self-perception of voice in transgender people. **Revista Cefac**, [S.l.], v. 22, n. 4, e4819, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/20202244819>. Acesso em: 24 jul. 2025.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. 3. ed. Salvador: Devires, 2017.

BONACOSSA, Rafael Kafuri; OLIVEIRA, Philipp Rosa de. As potencialidades do acompanhamento a uma pessoa transgênero por um médico de família e comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3847, 2023. Acesso em: 24 jul. 2025.

BONAN, Claudia. Saúde coletiva, gênero e sexualidade: práxis para uma justiça reprodutiva, erótica e de gênero. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. esp. 1, e8683, set. 2024. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8683>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BONIFACIO, Joseph H. et al. Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. **Canadian Medical Association Journal**, [S.l.], v. 191, n. 3, p. 69-75, 20 jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.180672>. Acesso em: 24 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 224, Seção 1, p. 39, 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Seção 1.

CAVALCANTE, Livia Teixeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 82–100, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>. Acesso em: 23 jul. 2025.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima; MENEZES, Moisés Santos de. **Violência e saúde na vida de pessoas LGBTI**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, [online], v. 22, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Acesso em: 29 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 2018, Seção 1, p. 45.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS nº 845, de 26 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 fev. 2018, Seção 1, p. 32.

FERREIRA, Breno de Oliveira; BONAN, Claudia. Cadê as populações LGBTT na Estratégia Saúde da Família? Narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc saúde colet**, v. 26, n. 5, p. 1669–1678, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04752021>. Acesso em: 24 jul. 2025

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 24 jul. 2025.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIOVANELLA, Lúgia *et al.* From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 24 jul. 2025.

GOIS, Ísis *et al.* Food insecurity, nutritional status and socioeconomic factors in the transgender population: a cross-sectional study in the metropolitan region of Baixada Santista, Brazil, 2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.l.], v. 33, n. 1, e202437, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222024v33e2024371>. Acesso em: 24 jul. 2025.

GOMES, Romeu; MURTA, Daniela; FACCHINI, Regina; MENEGHEL, Stela Nazareth. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciênc saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.

1997–2006, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>. Acesso em: 24 jul. 2025.

GRUBBA, Leilane Serratine. Equidade em saúde para pessoas trans: análise do processo transexualizador brasileiro. **Rev Direito Estado Socied**, [S.l.], n. 60, 2022. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/1238>. Acesso em: 24 jul. 2025.

KAMEG, Brayden N.; NATIVIO, Donna G. Gender dysphoria in youth: an overview for primary care providers. **Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners**, [S.l.], v. 30, n. 9, p. 493-498, set. 2018.

KER, Alex *et al.* Providing gender-affirming hormone therapy through primary care: service users. **Journal Of Primary Health Care**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 72, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1071/hc19040>. Acesso em: 24 jul. 2025.

LIMA, Átila Mourão *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1785, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1785](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1785). Acesso em: 24 jul. 2025.

LIMA, Lewestter Melchior *et al.* (org.). Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+ [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Conselho Regional de Nutricionistas da 1ª Região; Natal, RN: Insecta Editora, 2021.

MACKINNON, Kinnon R. *et al.* Integrating trans health knowledge through instructional design: preparing learners for a continent – not an island – of primary care with trans people. **Education For Primary Care**, [S.l.], v. 32, n. 4, p. 198-201, 11 fev. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14739879.2021.1882885>. Acesso em: 24 jul. 2025.

MARIANO, Tatiana da Silva Oliveira; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–11, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1653>. Acesso em: 24 jul. 2025.

MELO, Ana Luisa Almeida *et al.* Ressignificação de paradigmas: políticas de saúde e processo transexualizador do SUS. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 18, n. 54, p. 584–598, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.13324547>. Acesso em: 24 jul. 2025.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 137-144, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>. Acesso em: 24 jul. 2025.

MELO, Késia Maria Maximiano de; FARIAS, Magno Nunes; LOPES, Roseli Esquerdo. Terapia ocupacional social e justiça social: diálogos a partir das demandas trans. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 31, p. e3421, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO262234211>. Acesso em: 24 jul. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 10–50.

MISKOLCI, Richard *et al.* Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciênc saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3815–3824, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>. Acesso em: 24 jul. 2025.

NISLY, Nicole L. *et al.* Unique primary care needs of transgender and gender non-binary people. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 61, n. 4, p. 674-686, dez. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30339607/>. Acesso em: 24 jul. 2025.

REIS, Pamela Suelen de Oliveira *et al.* Transfobia velada: sentidos produzidos por enfermeiros(as) sobre o acolhimento de travestis e transexuais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 80–85, jan./dez. 2021.

ROSA, Danilo Fagundes *et al.* Nursing care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. Supl 1, p. 299-306, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SANTOS, Washington José dos *et al.* Chest binding and respiratory complaints in transgender men. **Fisioterapia e Movimento**, v. 35, p. e35107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35107>. Acesso em: 29 mar. 2025.

SOUSA, Anderson Reis de *et al.* Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. **REVISA**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 291–303, 2021. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/406>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLE, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, [s. n.], p. 1-20, 2019.

SILVA, Bruna Pontes; SCHONS, Anelise Alves Nunes. Desenvolvimento de um guia rápido para prática de atenção à saúde da população transgênero. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2027, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2027>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SILVA, Fabian Algarte da; LATINI, Cello. Gravidez, Aborto e Parentalidade nas Transmasculinidades: um estudo de caso das políticas, práticas e experiências discursivas. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, [S. l.], v. 6, n. 19, p. 7-31, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31560/2595-3206.2023.19.15503>. Acesso em: 24 jul. 2025.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

UFOMATA, Eloho *et al.* Comprehensive curriculum for internal medicine residents on primary care of patients identifying as lesbian, gay, bisexual, or transgender. **MedEdPORTAL**, v. 16, 2020.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/19685>. Acesso em: 29 mar. 2025.

VOSS, Raina V.; SIMONS, Lina. Supporting the health of transgender and gender diverse youth in primary care settings. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 48, n. 2, p. 259-270, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33985703/>. Acesso em: 24 jul. 2025.