# SAÚDE INTEGRAL LGBTQIAPN+

## Contribuições do 2º Congresso Municipal de Saúde Integral LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
Secretaria Municipal de Assistência Social
e Direitos Humanos

Subsecretaria de Direitos Humanos
Diretoria de Políticas para a População LGBT

**PREFEITURA DE BELO HORIZONTE**
ÁLVARO DAMIÃO
**Prefeito**

ANDRÉ REIS
**Secretário Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos**

LUANA MAGALHÃES DE ARAÚJO CUNHA
**Subsecretária de Direitos Humanos**

CAIO BENEVIDES PEDRA
**Diretor de Políticas para a População LGBT**

**ORGANIZAÇÃO**
Caio Benevides Pedra
Grazielle Irailma Guimarães Lopes

**REVISÃO**
Ana Clara da Costa Nascimento Baeta
Caio Benevides Pedra
Mônica Miranda Ramos

**PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**
Digues Diagramação

**CAPA:**
Fabiana Sabioni

**ILUSTRAÇÕES:**
Igor Maciel

**COLABORAÇÃO**
Marcelo Petrikis Antunes Rezende

**ELABORAÇÃO**
Enrico Martins Poletti Jorge
Fabrícia Miranda
Geísa G. Castro
Grazielle Irailma Guimarães Lopes
Lucas F. Pedro dos Santos
Luísa De-Lazzari Bicalho Peixoto Resende
Maria José Nogueira

**CIP - Brasil - Catalogação na Fonte**
Emilly Luiza Vidal da Costa CRB1 (1ª Região) 3822

S255 | Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH)
Saúde Integral LGBTQIAPN+ Contribuições do 2° Congresso Municipal de Saúde Integral LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte / Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos de Belo Horizonte / Organização de Caio Benevides Pedras, Grazielle Irailma Guimarães Lopes. - 1ª ed. - Goiânia. Digues Diagramação, 2026.
228 p. il.
ISBN: 978-65-976061-1-5
1. Saúde. 2. Políticas públicas. 3. Direitos humanos. I. Pedra, Caio Benevides. II. Lopes, Grazielle Irailma Guimarães. II. Congresso Municipal de Saúde Integral LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte, MG) IV. Título.
CDU:614(815.163.62)

O conteúdo da obra e sua revisão são de total responsabilidade dos autores

**DIREITOS RESERVADOS**
É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio, sem a autorização prévia e por escrito dos autores.
A violação dos Direitos Autorais (Lei nº 9610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

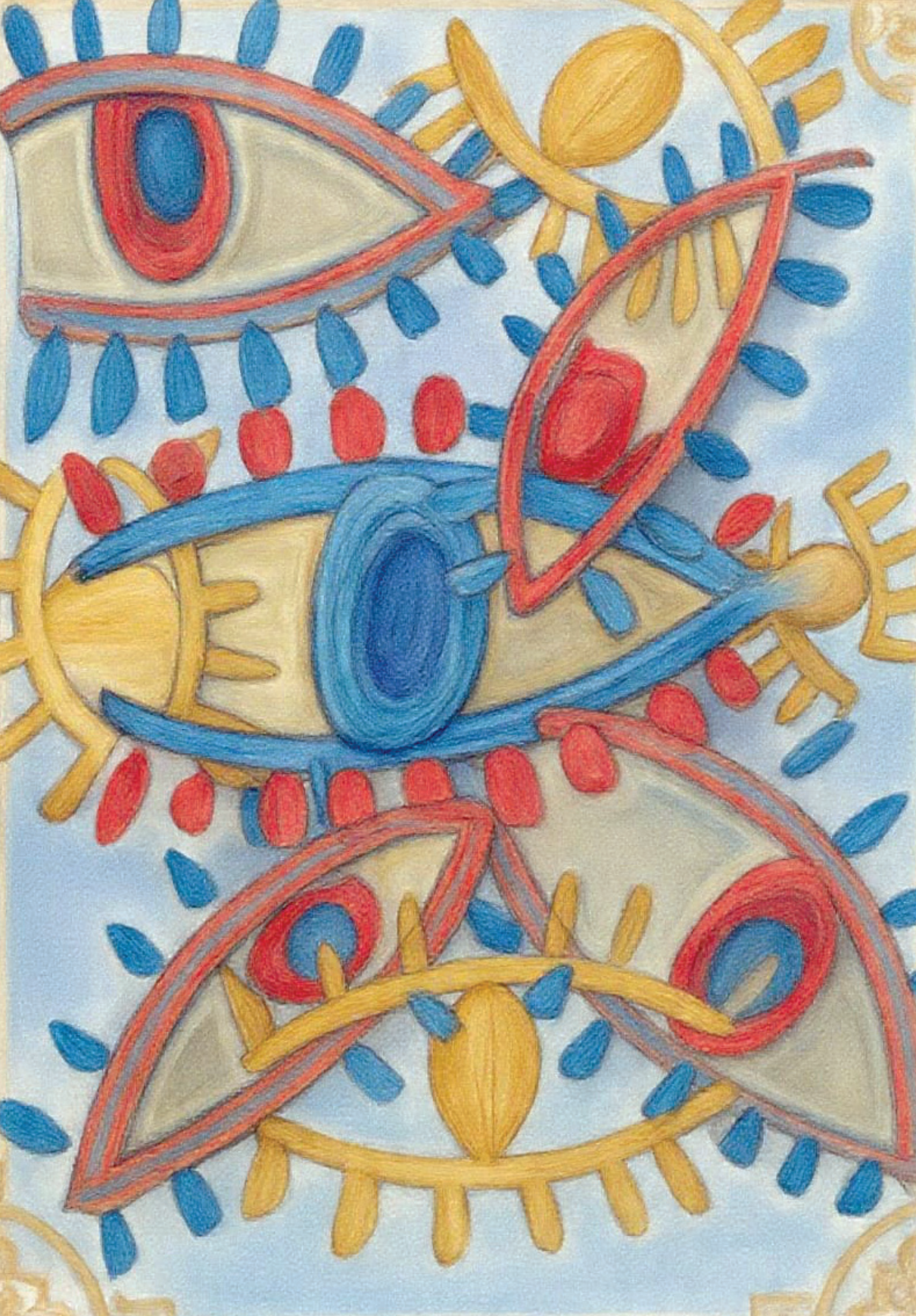
Impresso no Brasil
*Printed in Brazil*
2026

# SAÚDE INTEGRAL LGBTQIAPN+

## Contribuições do 2º Congresso Municipal de Saúde Integral LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
Secretaria Municipal de Assistência Social
e Direitos Humanos

Subsecretaria de Direitos Humanos
Diretoria de Políticas para a População LGBT



# APRESENTAÇÃO

**Caio Benevides Pedra**[1]
**Luana Magalhães de Araújo Cunha**[2]

Este livro reúne a transcrição de todas as palestras realizadas no II Congresso Municipal de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+, que ocorreu em Belo Horizonte no dia 30 de junho de 2025. Esse Congresso é organizado pela Prefeitura de Belo Horizonte, por meio da Diretoria de Políticas para a População LGBT, em parceria com o Projeto "Menos Preconceito é Mais Saúde: Divulgação Científica da Saúde da População LGBT", financiado pela Fapemig e conduzido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais em parceria com a Fundação João Pinheiro, a Universidade Federal de Ouro Preto e a Prefeitura de Belo Horizonte.

Assim como na primeira edição, esse evento reuniu mais de 300 pessoas, entre profissionais e estudantes das áreas da saúde, para um dia inteiro de atualizações e debates sobre temas importantes, urgentes e atuais da saúde integral

1 Diretor de Políticas para a População LGBT e Presidente da Comissão Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de Pessoas LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte.

2 Subsecretária de Direitos Humanos e Secretária Adjunta de Assistência Social e Direitos Humanos.

de pessoas LGBTQIAPN+. Esses temas vêm sendo colhidos, ano a ano, junto aos profissionais de saúde do município, as questões trazidas à Diretoria LGBT por meio de denúncias ou demandas e as organizações da sociedade civil que compõem a Comissão Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de Pessoas LGBTQIAPN+ (CMLGBTQIAPN+), espaço colegiado e paritário de discussão onde a saúde tem lugar central nos debates.

Essa realidade não é exclusiva de Belo Horizonte. A Saúde é uma questão central na vida de pessoas LGBTQIAPN+ em todo o Brasil e isso fica evidente quando examinamos os documentos produzidos pelos movimentos sociais e pelas conferências nacionais que orientam as políticas públicas para essa população. Em 2008, na 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, das 559 propostas aprovadas, quase um terço – 167 delas – abordava questões relacionadas à saúde. Oito anos depois, na 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o tema esteve presente em todos os 4 Eixos em que se dividiram as 192 propostas aprovadas. Particularmente no Eixo I, dedicado aos serviços públicos, foram aprovadas 17 propostas específicas sobre saúde. E duas demandas centrais se repetiram várias vezes (ainda que de diferentes maneiras): atendimento humanizado e capacitação dos servidores públicos, demandas estas que seguem muito presentes nos trabalhos da Diretoria e da Comissão.

O Congresso Municipal de Saúde Integral LGBTQIAPN+ é uma resposta a esse quadro, uma tentativa do Município de Belo

Horizonte de capacitar e atualizar seus profissionais de saúde sobre temas que não são abordados nas grades dos cursos de formação, como o livro publicado a partir do I Congresso (de 2024) demonstrou e este corrobora. Além disso, o esforço em transformar este evento em livro vem do reconhecimento da ausência e importância de materiais didáticos sobre a temática, com download gratuito para garantir a livre circulação e consolidar uma contribuição da capital mineira a todo e qualquer profissional de saúde interessado em aprender.

Tanto a realização do Congresso quanto a publicação deste livro são ações importantes e muito alinhadas ao trabalho da Diretoria de Políticas para a População LGBT de Belo Horizonte, que integra a Subsecretaria de Direitos Humanos juntamente com outras diretorias temáticas voltadas à garantia de direitos dos grupos populacionais mais vulneráveis. A Diretoria LGBT atua em seis frentes principais.

As **formações e qualificações** destinam-se à capacitação dos servidores e terceirizados da PBH para atendimento qualificado à população LGBTQIAPN+, respeitando suas demandas específicas e a diversidade. As formações variam conforme o perfil do público e incluem oficinas, rodas de conversa e eventos de grande porte, como é o Congresso Municipal de Saúde Integral LGBTQIAPN+, cujo conteúdo é gravado, transcrito e publicado em livro digital de distribuição gratuita.

Além disso, na **produção de dados e informações**, nosso trabalho busca suprir a escassez de dados oficiais sobre a população LGBTQIAPN+ que é realidade em todo o país. A DLGBT produz materiais diversos e fomenta pesquisas que

gerem informações técnicas qualificadas. São elaborados livros, materiais gráficos informativos e campanhas voltadas para servidores, usuários e instituições parceiras, abordando temas como diversidade sexual e de gênero, direitos, acesso a serviços e canais de informação e denúncia. Este livro é um desses produtos e para acessar todos eles, inclusive o livro do I Congresso, basta acessar: pbh.gov.br/lgbt.

No **diálogo com a sociedade civil**, a PBH conta com a Comissão Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de Pessoas LGBTQIAPN+, formada por representantes da sociedade civil e do poder público. Esta Comissão, de caráter consultivo e composição paritária, existe para garantir que as políticas e serviços públicos considerem as demandas e necessidades desses grupos e se adequem para atendê-los de forma digna, humanizada e cidadã. Por ser composta por dez organizações da sociedade civil, é comum também que a Comissão receba denúncias e reclamações de usuários dos serviços, inclusive os de saúde. Além da Comissão, essa frente de trabalho também compreende o apoio a eventos da sociedade civil, o atendimento a coletivos e organizações e o acompanhamento de suas demandas e mobilizações.

Para a **execução da política LGBTQIAPN+**, a DLGBT dispõe de dois equipamentos: o Centro de Referência LGBT e a Casa de Acolhimento LGBT. O Centro realiza ações de orientação, defesa e promoção dos direitos humanos e cidadania, oferecendo acolhimento, acompanhamento psicossocial, orientação jurídica e encaminhamentos para pessoas LGBTQIAPN+ e suas famílias. A Casa funciona como acolhimento institucional para pessoas maiores de 18 anos em

situação de rua e vulnerabilidade social, prioritariamente em condição de pobreza, que tenham sofrido violência física, verbal ou psicológica decorrente da LGBTfobia. O acolhimento busca fortalecer vínculos e promover autonomia, com duração que varia de alguns dias até seis meses, conforme avaliação técnica realizada pelos equipamentos socioassistenciais do município.

A **articulação com outras políticas municipais** visa garantir acesso e segurança a essa população. Esse trabalho resulta principalmente em capacitações de servidores para atendimento humanizado, além de acompanhamento de eventos, apoio no diálogo com a sociedade, encaminhamento de denúncias e orientações técnicas para garantia de direitos.

Por fim, na **formulação de políticas públicas**, a DLGBT está, desde a 3ª Conferência Municipal dos Direitos de Pessoas LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte, ocorrida em 2024, construindo em diálogo com a sociedade civil o I Plano Municipal de Políticas para a População LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte,baseado nas propostas das três conferências municipais realizadas em 2011, 2015 e 2024.

Embora a política municipal LGBTQIAPN+ acompanhe todos os serviços e políticas, a centralidade da saúde na vida destas pessoas justifica o investimento neste projeto. A Constituição de 1988 garante a saúde como direito social de todos os cidadãos brasileiros, e o Sistema Único de Saúde estabelece como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade. Mas, infelizmente, sabemos que os direitos são vivenciados de maneiras profundamente distintas por diferentes grupos sociais e a LGBTfobia é um marcador muito importante entre as exclusões.

Pesquisas desenvolvidas por organizações da sociedade civil têm documentado os obstáculos enfrentados por pessoas LGBTQIAPN+ no acesso aos serviços públicos de saúde em diversas regiões do país, revelando a distância entre o que está prescrito e o que é efetivamente experimentado. É fundamental reconhecer, ainda, que a população LGBTQIAPN+ não constitui um grupo homogêneo – cada segmento representado nessa sigla vivencia desafios particulares e demanda respostas específicas do sistema de saúde e os capítulos deste livro demonstram isso. Os dados e demandas variam entre as letras da sigla, mas a exclusão e as violências são gerais, variando apenas a intensidade.

Este livro, referente ao II Congresso Municipal de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte, é fruto do trabalho coletivo entre poder público, academia e sociedade civil. Os textos reunidos neste livro reproduzem integralmente as falas dos palestrantes, especialistas em suas respectivas áreas, cujas contribuições foram preservadas em sua forma original como condição de respeito à integridade intelectual e autoral de cada apresentação. As opiniões, análises e posicionamentos expressos são de exclusiva responsabilidade de seus autores e autoras, não refletindo necessariamente a posição institucional da Prefeitura de Belo Horizonte, nem das demais organizações parceiras do evento.

O objetivo é oferecer aos profissionais de saúde ferramentas concretas para superar lacunas deixadas pela formação acadêmica tradicional, com conteúdos que refletem demandas reais trazidas por quem vive as consequências da LGBTfobia no acesso à saúde e apresenta caminhos para

a construção de um cuidado verdadeiramente acolhedor e qualificado.

Representa o compromisso de Belo Horizonte com uma saúde pública que reconheça e responda às necessidades específicas de cada pessoa, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero. Que ele seja lido, estudado, compartilhado e, principalmente, colocado em prática – não apenas em nossa cidade, mas em todo território nacional, contribuindo para que o SUS cumpra efetivamente seus princípios constitucionais para toda a população brasileira. Que este material inspire e instrumentalize profissionais de saúde de todo o país na construção de práticas mais humanizadas e cidadãs e fortaleça o compromisso com uma saúde pública que não deixe ninguém para trás.

RUA MARAJÓ
F. CLUBE
BÃO

# PREFÁCIO

**Maria Nogueira**[1]
**Geisa G. Castro**[2]

***"Devemos aceitar a decepção finita, mas nunca perder a esperança infinita." – Martin Luther King, Jr.***

Caros leitores, é com muita alegria, comprometimento e prazer que compartilhamos com vocês alguns pontos de reflexão trazidos pelos palestrantes do 2° Congresso Municipal de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+. Pedimos licença e convidamos Paulo Freire para assinar conosco o convite para a leitura dessa obra. Para o autor, o verbo "esperançar" destaca a importância da ação transformadora em vez da passividade e, em nosso ponto de vista, o evento realizado foi fruto do movimento de muitos que sonham com mudanças. Vamos "esperançar".

1 Dra. em Saúde Coletiva, Pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Governo de Minas Gerais.

2 Psicóloga, bolsista da FAPEMIG.

Caricatura de Paulo Freire, artista desconhecido/ Fonte: Pinterest

Que o compilado dos textos que trazemos para vocês possa ser a porta de entrada, um convite para a leitura integral dos textos que compõem esta obra. São falas potentes e esclarecedoras que nos provocam e nos instigam a construir conhecimento e saberes práticos como estratégias para alterar o cenário de invisibilidade de muitos corpos e diminuir o preconceito e o estigma social vivenciados pelos indivíduos que rompem com o padrão cisheteronormativo em várias esferas da sociedade. Se você esteve presente no evento, com certeza vai rememorar e reviver a energia contagiante de mudança e esperança que marcou o dia 26 de julho de 2025 ao ler os textos. Na ocasião, mais de 300 pessoas, profissionais de

saúde, gestores, pesquisadores, alunos e movimentos sociais, corpos diversos, democraticamente debateram, aprenderam e ensinaram sobre respeito, direitos humanos, acolhimento e mais qualidade de vida para a população LGBTQIAPN+. Para aqueles que não puderam estar presentes, cada página, cada reflexão, cada ponto de vista será um momento oportuno para se conectar com a energia de mudança e esperança.

Em tempos difíceis, ou melhor, sempre, temos que acreditar no poder coletivo e sua poderosa força de promover e impulsionar as transformações significativas na sociedade.

No texto "Conferência de Abertura: Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, da Eficácia Clínica aos Desafios da Implementação", o médico infectologista e professor da UFMG Dr. Mateus Rodrigues Westin apresenta uma análise abrangente sobre o cenário do HIV/AIDS no Brasil e no mundo, discutindo os avanços científicos relacionados à prevenção combinada e à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), bem como os desafios para sua implementação efetiva nas políticas públicas de saúde.

Ao longo do texto, Westin demonstra como a ampliação do acesso aos antirretrovirais transformou significativamente a realidade das pessoas vivendo com HIV, reduzindo taxas de mortalidade e transmissão do vírus. O autor destaca ainda o princípio "Indetectável = Intransmissível", enfatizando que pessoas com carga viral indetectável não transmitem o HIV, aspecto fundamental tanto para a saúde pública quanto para a redução do estigma social e afetivo que atravessa a vida das pessoas soropositivas.

A partir de dados epidemiológicos nacionais e internacionais, o autor evidencia que a epidemia do HIV

permanece concentrada em populações historicamente vulnerabilizadas, especialmente homens gays, pessoas trans, jovens, pessoas negras e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Nesse contexto, Westin chama atenção para a necessidade de fortalecer estratégias de prevenção combinada, ampliar o acesso à PrEP, descentralizar os serviços de saúde e qualificar profissionais para um atendimento humanizado e livre de discriminação.

O texto também aborda novas tecnologias de prevenção, como a PrEP injetável e medicamentos de longa duração, apontando seus potenciais impactos no enfrentamento da epidemia. Entretanto, o autor ressalta que o combate ao HIV/AIDS não depende apenas de avanços biomédicos, mas também de educação em saúde, combate ao preconceito, fortalecimento das políticas públicas e garantia do acesso universal ao cuidado, sobretudo para as populações LGBTQIAPN+ e juventudes mais vulnerabilizadas.

O congresso contou também com a participação de Leonardo Peçanha, Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), que abordou a importância da internet para as novas maneiras de militâncias políticas, destacando, dentre elas, as manifestações transfeministas – movimento político-teórico e ação feminista em construção que busca promover a igualdade de direitos e visibilidade para todas as pessoas. Dentro desse movimento, existe a transmasculinidade que foca nas demandas e pautas das pessoas transmasculinas, suas implicações, agendas, percepções e experiências.

Peçanha nos chama a atenção para questões constantemente invisibilizadas socialmente, como o apagamento dos homens trans quando falamos de pessoas que menstruam. Questões como a falta de espaço na reprodução assistida para casais que estão fora da cisnormatividade e a falta de inclusão das transmasculinidades na discussão sobre o aborto legal. Os temas revelam que saúde e cuidado são temas amplos mas frequentemente reduzidos a perspectiva cisheteronormativa.

Dando continuidade, o texto "Apresentação do Ambulatório Multiprofissional Especializado no Processo Transexualizador", pela médica infectologista Dra. Tatiani Fereguetti, conta a história, o funcionamento e os desafios do Ambulatório do Hospital Eduardo de Menezes (HEM), referência estadual no Processo Transexualizador. O Espaço foi inaugurado em 2017 e, desde então, tem sido um farol de esperança e cuidado para a população trans em Minas Gerais, promovendo saúde e dignidade.

Foto do Hospital Eduardo de Menezes/ Fonte: Apresentação da Dra. Tatiani Fereguetti

Em dezembro de 2021, o acesso ao ambulatório passou a ser regulado pela Central de Marcação de Consultas de Belo Horizonte e essa mudança significou um passo importante na organização e otimização do fluxo de agendamentos. Em maio de 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 404, o ambulatório foi habilitado oficialmente pelo Ministério da Saúde como um serviço especializado na modalidade ambulatorial do Processo Transexualizador, outro marco significativo na história da luta LGBTQIAPN+. A partir de dezembro de 2024, o hospital passou a ofertar aos seus usuários apoio hormonal masculinizante e bloqueador androgênico.

Confira exemplos dos avanços proporcionados por esse atendimento através das falas de usuários do HEM:

> "Cheguei aqui me sentindo frágil. Comecei a estabelecer um círculo social quando iniciei meu tratamento. A partir daqui, fiz amizades. Por mais que eu fantasiasse um atendimento humanizado, o que encontrei aqui superou todas as minhas expectativas. O ambulatório trans me mostrou o quanto eu tinha o direito de ser feliz" (X)[3]
>
> "Tudo mudou na minha vida quando passei a frequentar o ambulatório. Hoje, sei dos meus direitos e como exercê-los. O ambulatório é minha segunda casa, e todos aqui são minha família. Quando você não está acostumada com gentileza e passa a ser tratada com gentileza, é muito bom. É o que acontece aqui" (Z)

Outra importante abordagem foi a do médico Dr. Túlio Raquel Penido, que apresenta dados sobre a saúde da população

3 Foram utilizados nomes fictícios para identificar o relato dos pacientes, a fim de garantir e preservar a identidade dessas pessoas.

trans. Ele destacou que cerca de 70% dos profissionais de saúde não se sentem preparados para atender transgêneros e 85% das pessoas trans afastam-se dos serviços de saúde devido a discriminação.

Depoimentos de usuários do SUS, apresentados pelo palestrante marcam a ausência de acesso e acolhimento nos atendimentos à população trans.

> "Eu fui no postinho e me chamaram pelo meu nome antigo. Falei que estava errado,e a atendente disse: "Aqui a gente segue o que está no RG". Saí sem atendimento, fiquei dois anos sem voltar." (J)
> "Eu não fui e não irei no médico para tratar meu sexo biológico. Eu sei que eu preciso ir, mas eu não vou, porque eu não me sinto confortável, eu tenho medo de procurar algum profissional e sofrer algum preconceito." (R)

A ausência de uma formação adequada para profissionais, principalmente da saúde, faz com que a transfobia reverbere justamente em espaços que deveriam assegurar o acesso e acolhimento.

Neste cenário, nos perguntamos, como não adoecer?

Esta pergunta destaca que, ao negar a esses indivíduos o direito de existir com dignidade, a sociedade reforça contextos estruturais que comprometem o bem-estar dessa população. Os dados de pesquisas mostram, por exemplo, que pessoas trans têm taxas significativamente mais altas de ideação e de tentativas de suicídio.

Nesse sentido, o Psicólogo Gabriel Rodrigues, em "Reflexões sobre o comportamento suicida em crianças e jovens

trans", convoca à escuta atenta e à responsabilidade coletiva no cuidado da população LGBTQIAPN+. Fica evidente que, diante de quem escapa à norma imposta, a sociedade substitui o cuidado pela violência. Ainda assim, quando se busca apontar culpados, a responsabilidade recai sobre as próprias vítimas, não apenas pelo colapso de sua saúde, mas também por todo o desastre social que nos atravessa.

Estruturalmente, a sociedade associa a imagem da criança a um ideal cis-heteronormativo, branco e sem deficiências, enquanto aquelas que se diferem desse perfil são frequentemente vistas como uma ameaça ao regime social estabelecido. Com frequência, discursos políticos criam um pânico moral sobre as crianças trans e reproduzem informações falsas para sugerir que o movimento LGBTQIAPN+ está contaminando-as. No entanto, estes discursos distorcem dados científicos para justificar projetos LGBTfóbicos e descredibilizar as políticas de saúde, buscando negar o acesso a uma vida digna.

A adolescência é um momento importante da sexualidade. Neste período, acontece o desenvolvimento dos órgãos sexuais, aparecimento de pelos, alterações na voz e, em crianças trans, essas transformações podem causar muito sofrimento, visto que o corpo começa a assumir características físicas associadas ao gênero biológico que não correspondem à identidade do sujeito, o que causa impactos sociais e psicológicos.

Nesse sentido, o Dr. Cristiano Maciel, médico e especialista em Endocrinologia Pediátrica pela UFMG desenvolve o tema "Transgeneridade na Infância e Adolescência", apresentando detalhadamente a importância dos tratamentos de Bloqueio Puberal e de Terapia Hormonal de Adequação (Transição) de

Gênero (THAG), e como esse trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional no Ambulatório de Diversidade de Gênero do Hospital Infantil João Paulo II.

O procedimento de bloqueio puberal ofertado considera critérios como diagnóstico de disforia de gênero estabelecido e ausência de comorbidades psiquiátricas que possam interferir no diagnóstico. Como objetivo, temos a melhora do bem-estar psicossocial e a redução de sintomas de ansiedade e depressão. Vale ressaltar que, entre os princípios da terapia hormonal, estão o acompanhamento multidisciplinar, a ausência de contraindicações clínicas e a revisão periódica de efeitos colaterais, avaliação das alterações reversíveis e irreversíveis. A "hormonização", THAG, é significativamente relacionada com taxas mais baixas de depressão e suicídio entre jovens transgêneros. Apesar dos benefícios, a prática tem grandes desafios relacionados a politização do tratamento e as *fake news*. As violências homofóbicas perpassam os sujeitos, desde a infância até o envelhecimento, apesar de que cada etapa da vida possui características sociais e biológicas específicas.

A Dra. Karla Giacomin, médica geriatrica, nos explica sobre as múltiplas velhices, como é envelhecer para a população LGBTQIAPN+. Em "Velhices Múltiplas", Giacomin mostra que pessoas idosas LGBTQIAPN+ atuais vivenciaram, durante suas juventudes, um período histórico de grande repressão, em que não podiam compartilhar sua sexualidade, por medo de rejeição e perseguição. Elas tinham receio de admitir sua orientação e identidade, visto que haviam internalizado os estereótipos negativos da sociedade sobre os corpos LGBT+, o que levou

muitos destes idosos a demorarem anos para "sair do armário".[4] A Dra. nos alerta que saúde se constrói de forma interseccional, não apenas a partir de gênero e sexualidade, mas também em articulação com outros marcadores que atravessam o sujeito, por isso a importância de pensar um cuidado integral na velhice ou na adolescência.

Em vista disso, construir um cuidado integral exige enfrentar as diversas barreiras persistentes que comprometem o bem-estar dessa população, como discutido pela dentista Dra. Luciana Gravito em "Práticas Odontológicas Inclusivas: Desafios e Conquistas no Atendimento a Pessoas Travestis e Trans". A prática do profissional, na saúde pública ou privada, deve promover a qualidade de vida do paciente e a dignidade.

Na nutrição, o cenário é semelhante no cuidado oferecido pelos profissionais e nos impactos sobre o adoecimento. Um levantamento de 32 estudos de 16 países diferentes aponta que 1 em cada 5 adolescentes LGBTQIAPN+ apresentou comportamento de risco para Transtorno Alimentares (TA), tendo alguma alteração no comportamento alimentar. Cerca de 54% dos adolescentes LGBTQIAPN+ recebem um diagnóstico de TA ao longo da vida, com outros 21% suspeitando que tiveram um ou já vivenciaram comportamentos alimentares desordenados.

Gisele Magalhães, nutricionista clínica, desenvolve na sua palestra os fatores de riscos que cooperam para que os adolescentes LGBTQIAPN+ compartilhem esta realidade que destoa da população hétero e cisgenero. Alguns dos fatores são:

4 O tema também é abordado no vídeo "MARTINHA | LGBT+60: Corpos que Resistem", disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=zM9ATZUsOZg.

- Discriminação, estigma e bullying relacionados à identidade de gênero e/ou orientação sexual;
- Crenças negativas sobre si devido à orientação sexual ou identidade de gênero;
- Estresse de minoria desde a infância e juventude.

O sofrimento desses jovens muitas vezes se torna a única forma de serem percebidos, porque a sociedade não escuta essas vozes.

Você já se perguntou quem são as pessoas? Quantas pessoas trans você já atendeu? Onde estão essas vozes?

Quem nos pergunta, e responde, é a fonoaudióloga Dra. Jade Carnevalli. Fisiologicamente, a voz é o som produzido pelas pregas vocais e moldado por estruturas ressonadoras; funcionalmente, é um instrumento de comunicação (Brasil, 2022; Benedetti, 2005). Mas a voz não é apenas um instrumento de comunicação, é também um marcador de identidade de gênero, de pertencimento social e de expressão subjetiva.

Existe uma baixa qualidade de vida das pessoas trans relacionadas com a percepção da sua voz, quanto maior a percepção de suas alterações vocais, pior a sua qualidade de vida, independente do gênero com o qual se identificam e de possíveis distúrbios vocais. Mulheres trans geralmente relataram maiores dificuldades e impactos relacionados à voz e apresentam sintomas mais latentes de ansiedade e depressão.

> "[...] e a minha voz, pra mim, é uma vergonha, porque eu acho ela muito fina, e isso, muitas vezes, me empata de falar em público, porque a minha voz, ela não me representa. Então, eu sei que isso é uma característica

> ‘pra’ já me olham diferente. Para mim, isso me incomoda muito. (Z)”
> “Às vezes, eu evito cantar em casa, porque ouvir a minha própria voz me incomoda, eu acho ainda muito feminina, Por isso que eu gosto tanto de ‘tá’ rouco, porque quando eu tô rouco, a voz ‘tá’ mais grossa. No trabalho, eu comentando com o pessoal: “ah, eu gosto de quando eu tô gripado porque a voz fica mais grossa”’. Aí, elas olham pra mim: “não, a tua voz ‘tá’ do mesmo jeito”. Mas, ‘pra’ mim, eu ouvindo, ela ‘tá’ diferente. Então, isso chega me deixa mais tagarela” (Y)

Os relatos evidenciam que a voz ultrapassa sua dimensão fisiológica e se torna também um espaço de reconhecimento, pertencimento e dignidade. Falar, ser ouvido e ser reconhecido pela própria identidade ainda é, para muitas pessoas LGBTQIAPN+, um desafio atravessado por violências, silenciamentos e exclusões cotidianas.

Toda a discussão do 2º Congresso Municipal de Saúde Integral LGBTQIAPN+ de Belo Horizonte nos convida a refletir sobre as vozes e adoecimentos que por muitos anos foram silenciados e não cuidados. Mas também aponta para uma realidade cada vez mais presente: O da escuta e do acolhimento.

Boa Leitura!

# SUMÁRIO

## SAÚDE SEXUAL

**Profilaxia pré-exposição ao HIV, da eficácia clínica aos desafios da implementação** **31**

Mateus Rodrigues Westin

## SAÚDE TRANS

**Transfeminismo como Ferramenta para Acionar Saúde Transmasculina** **73**

Leonardo Peçanha

**Apresentação do Ambulatório Multiprofissional Especializado no Processo Transexualizador** **91**

Tatiani Fereguetti

**Saúde Trans: ausências e possibilidades** **105**

Túlio Raquel Penido

## DA ADOLESCÊNCIA AO ENVELHECIMENTO

**Transgeneridade na Infância e Adolescência: Experiência do Ambulatório de Diversidade de Gênero do Hospital Infantil João Paulo II** **123**

Dr. Cristiano Túlio Maciel Albuquerque

**Reflexões sobre o comportamento suicida em crianças e jovens trans** **149**

Gabriel Fernandes Rodrigues

**Velhices Múltiplas** **167**

Karla Giacomin

## CUIDADO INTEGRAL

**Práticas Odontológicas Inclusivas: Desafios e Conquistas no Atendimento a Pessoas Travestis e Trans** **179**

Luciana Gravito

**Transtornos Alimentares na População LGBTQIAPN+** **189**

Gisele Magalhães

**Diversidade Vocal - Voz Livre, Corpo Presente** **207**

Jade Carnevalli

# SAÚDE SEXUAL

# PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV, DA EFICÁCIA CLÍNICA AOS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO

**Mateus Rodrigues Westin**[1]

O tema proposto para essa conferência de abertura é muito caro a mim, especialmente, porque faço parte de ações que integram linhas de pesquisas na UFMG. Sou professor da UFMG e, junto com o professor Dirceu e o professor Unaí, atualmente coordeno o projeto que se chama PrEP 1519 *Choices*, mas aqui chamamos de PrEP Escolhas para Adolescentes LGBTQIAPN+, especificamente homens gays, mulheres trans, homens trans e pessoas não binárias, de 15 a 19 anos, para receber todas

1 Doutor Mateus Westin é graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestre e doutor pelo programa de pós-graduação em infectologia e medicina tropical da UFMG. Atuou como coordenador do programa municipal de saúde sexual, IST-AIDS e Hepatites Virais de Belo Horizonte. Foi preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da UFMG e membro do corpo clínico do Hospital de Infectologia da rede Fhemig, Eduardo de Menezes. Atualmente é presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica e integra o Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital das Clínicas da UFMG. Preceptor da residência médica em infectologia do HC-UFMG e professor adjunto do departamento de clínica médica da faculdade de medicina da UFMG. Contato: mateuswestin@gmail.com

as modalidades de PrEP – profilaxia pré-exposição ao HIV[2] disponíveis possíveis.

É ofertado o PrEP tanto na sua forma oral, sob demanda de uso contínuo, quanto a PrEP injetável com cabotegravir. É um pouco do que vamos falar na sequência: como está o panorama da oferta de PrEP no Brasil, no mundo, como está o cenário do HIV no mundo e no Brasil, e quais são os desafios. Uma vez bem documentada a eficácia da profilaxia pré-exposição nos estudos clínicos e nos estudos que mostram sua efetividade no mundo real, a quantas anda a implementação, tanto no Brasil quanto em outras regiões.

Antes de começar efetivamente, faço aqui minha declaração de conflitos de interesse: não recebo, nem nunca recebi nenhum incentivo financeiro da indústria farmacêutica. Como disse, sou professor e pesquisador do PrEP 1519 Escolhas, que é esse estudo de implementação de PrEP injetável oferecendo outras modalidades de PrEP. É um estudo financiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Unitaid, e os medicamentos, especificamente os injetáveis, são fornecidos pela indústria fabricante.

Vamos apresentar aqui sobre:

1. Epidemiologia do HIV;
2. Eficácia da PrEP em suas modalidades;

2 PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV): estratégia de prevenção ao HIV que consiste no uso contínuo de medicamentos antirretrovirais por pessoas HIV negativas antes de uma possível exposição ao vírus, reduzindo o risco de infecção. É recomendada especialmente para populações em maior vulnerabilidade epidemiológica. No Brasil, os medicamentos mais utilizados são a combinação de tenofovir e entricitabina, distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), geralmente em comprimidos de uso diário.

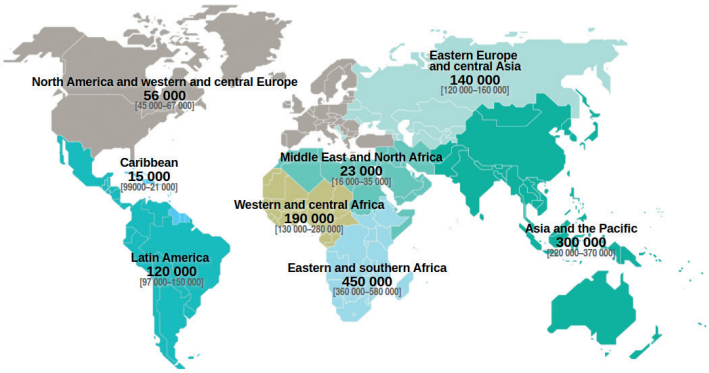
3. Cenário da PrEP oral no Brasil e os desafios para a implementação;
4. Novas modalidades e perspectivas de PrEP; e
5. Apresentação do nosso projeto PrEP 1519 Choices.

As fontes desta apresentação incluem:

- The Global PrEP Tracker (PrEP Watch) - observação da implementação de PrEP no mundo com informações atualizadas da dinâmica temporal em diversos países;
- Painel de Monitoramento da PrEP do Ministério da Saúde - informações detalhadas sobre PrEP no Brasil;
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - voltados aos profissionais de saúde, tanto de PrEP quanto de PEP (as duas profilaxias baseadas em medicamentos que compõem a prevenção combinada ao HIV);
- Materiais de implementação de estratégias de prevenção combinada, incluindo teleatendimento e descentralização da PrEP para atenção primária à saúde. A descentralização da PrEP para a atenção primária à saúde constituiu um dos principais avanços alcançados pelo município de Belo Horizonte no período entre o final de 2023 e início de 2024, resultando na eliminação completa da fila de espera de mais de 2.000 pessoas para acesso à profilaxia pré-exposição em um período inferior a três meses;
- Materiais informativos do Ministério da Saúde - para divulgação e orientação do uso de PrEP;
- Curso da Fiocruz, com diversos módulos centrados na profilaxia pré-exposição ao HIV;

- Curso específico para adolescentes, um produto do PrEP 1519 Escolhas para capacitar profissionais de saúde e organizações não governamentais na implementação de serviços de PrEP voltados para adolescentes (disponível gratuitamente no AvaSUS, construído pelos três centros que compõem o nosso projeto, que somos nós da UFMG, o pessoal da USP, da Universidade Federal da Bahia);
- Material da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre implementação de profilaxia pré-exposição, genérico e em inglês;
- Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, com informações atualizadas do contexto nacional;
- Boletim Epidemiológico da OMS, com dados gerais do HIV no mundo e informações sobre PrEP e outras estratégias de prevenção combinada.

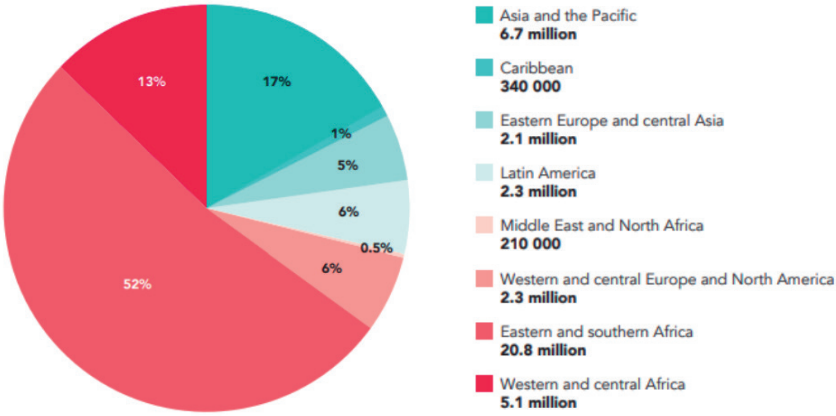
**Figura 1: Adultos e Crianças vivendo com HIV - 2023**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

Estima-se que aproximadamente 40 milhões de pessoas estejam vivendo com HIV/AIDS no mundo ao final de 2023. Os dados são atualizados geralmente no segundo semestre ou final do ano corrente com informações do ano anterior.

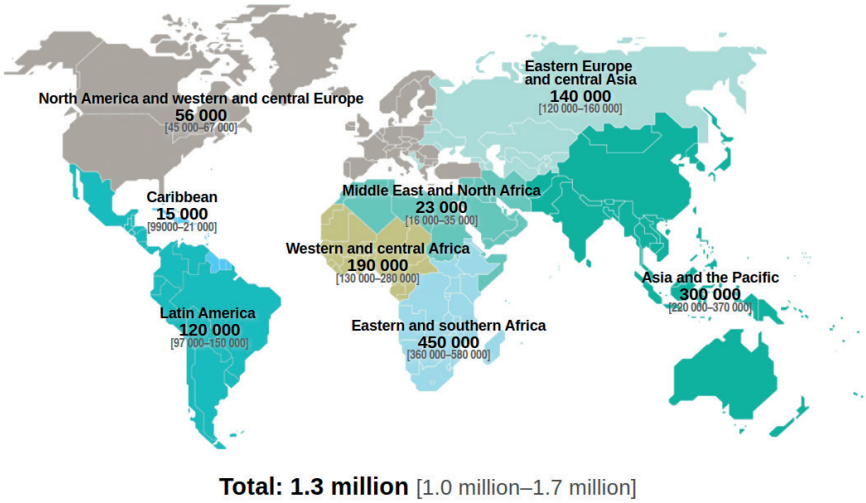
**Figura 2: Número de pessoas vivendo com HIV, por região, 2023**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

O problema ainda está muito centrado na África Subsaariana. Quando excluímos o que nas regiões sanitárias da OMS chamam de "África Branca" (norte africano), o Centro-Oeste e o Sul da África concentram 65% das pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo. É um problema crítico associado a outros problemas centrados na pobreza, desnutrição, tuberculose, malária e muitos conflitos e violências que levam à vulnerabilidade, sofrimento e alta mortalidade no continente africano.

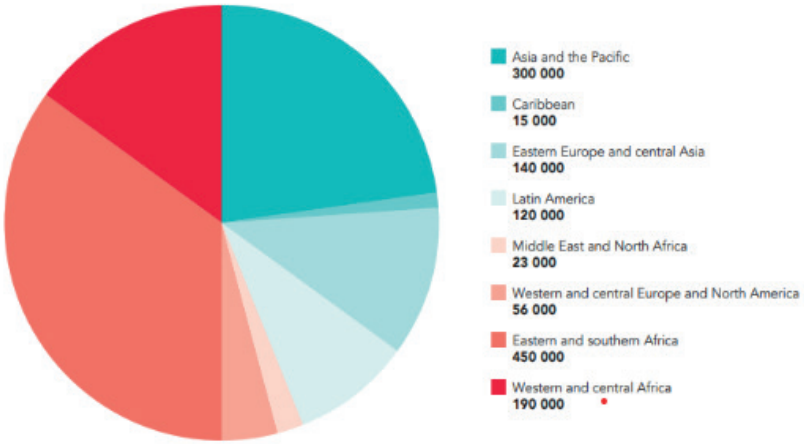
**Figura 3: Novas infecções pelo HIV em adultos e crianças - 2023**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

O número de novas infecções pelo HIV em adultos e crianças somados no mundo perfaz em torno de 1,3 milhões de novos casos, sendo mais da metade na África. Pela primeira vez na história, nos últimos anos, observou-se que um pouco menos da metade está na África Subsaariana. Para que mais da metade das novas infecções aconteçam no continente africano, teve que se considerar a "África Branca" (norte da África) somada ao Oriente Médio, região sanitária da OMS.

**Figura 4: Distribuição de novos casos de HIV, por região na África, 2023**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

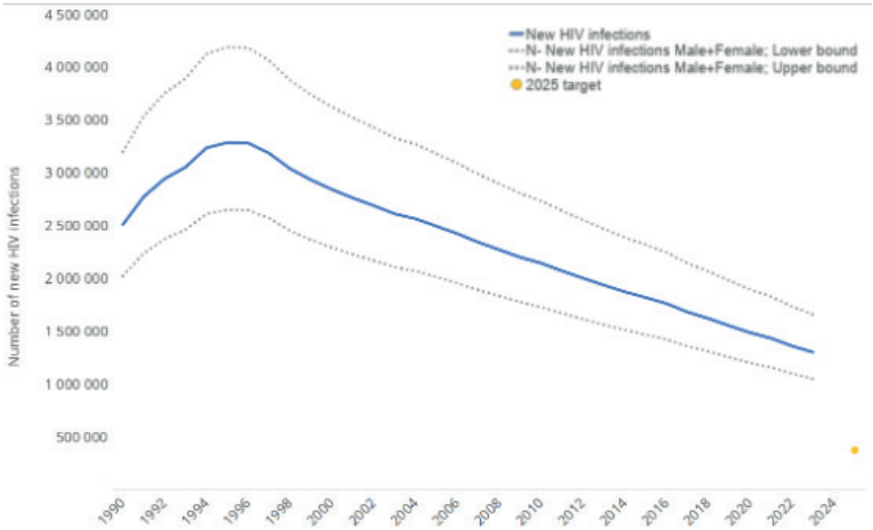
Pouco mais da metade das novas infecções pelo HIV, pela primeira vez, estão fora da África. As imagens em vermelho no gráfico — as duas mais avermelhadas e maiores — correspondem à África Subsaariana, e a parte em rosa mais claro representa o norte africano com Oriente Médio. Portanto, pela primeira vez, menos da metade das novas infecções foram verificadas na África Subsaariana, Centro-Oeste Africano e Sul do Continente Africano.

Diariamente, registramos 3.600 novas infecções pelo HIV no mundo. Durante este seminário, 3.600 pessoas, em média, adquirirão a infecção pelo HIV globalmente, dos quais, aproximadamente 50% estarão na África Subsaariana.

Infelizmente, ainda mantemos um percentual considerável de infecções por HIV — pouco menos ou cerca de 10% das novas infecções — em crianças e adolescentes com menos de 15

anos. Das 3.200 infecções em adultos ou maiores de 15 anos, 44% atingem mulheres, 30% jovens e 17% mulheres jovens. É importante esclarecer que, nesses dados epidemiológicos mundiais, não há recorte de identidade de gênero nos dados gerais. Quando nos referimos a homens e mulheres, estamos considerando o sexo designado ao nascimento.

**Gráfico 1: Número de novas infecções globais pelo HIV, entre os anos de 1990-2024 e meta para 2025**



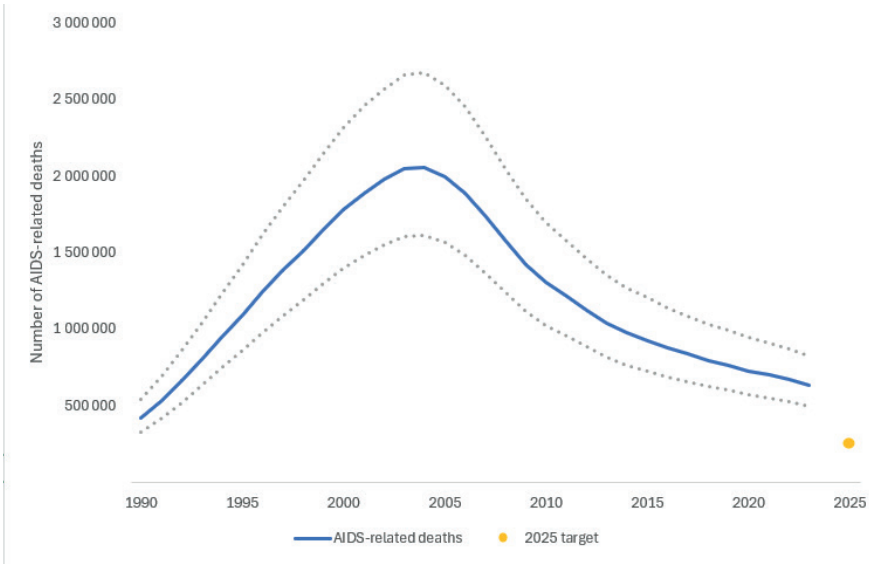

Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

O número de novas infecções pelo HIV atingiu um pico na segunda metade da década de 1990 e, desde então, observamos um declínio.

A maior parte das imagens a seguir apresentará uma bolinha laranja, como mostrado na tabela anterior na região referente ao ano de 2025. Esse símbolo representa a meta que

deveríamos atingir quando foram desenvolvidos ou pactuados os Objetivos do Milênio – ODM[3], e indica onde deveríamos estar a cada ano, com o objetivo de chegarmos em 2030 com o HIV/AIDS como um problema de saúde pública de menor magnitude. Infelizmente, isso ainda não será alcançado. Observamos que a tendência da curva, apesar de muito favorável na diminuição de novos casos ano a ano, não conseguiu se inclinar mais intensamente para atingirmos a meta de redução simbolizada pela bolinha amarela ao final de 2025.

**Gráfico 2: Nº de mortes infecções por AIDS, global, 1990-2023 e meta para 2025**



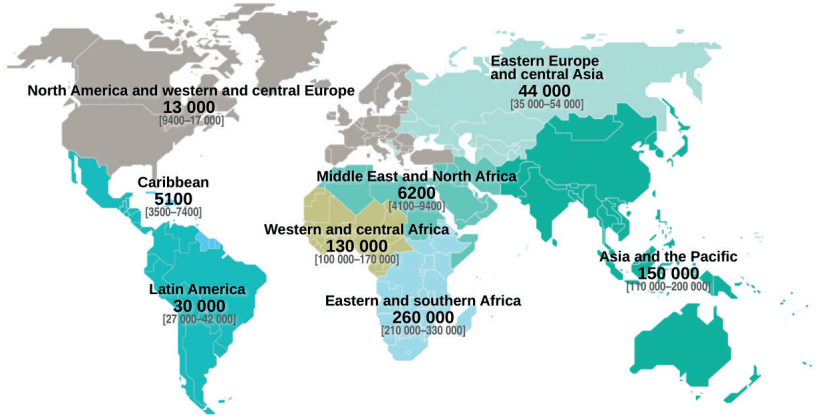

Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

3 ODM refere-se aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, conjunto de oito metas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000, com foco na redução da pobreza, promoção da educação, igualdade de gênero, saúde e sustentabilidade até 2015. Ver mais em: https://brasil.un.org/pt-br/66851-os-objetivos-de-desenvolvimento-do-mil%C3%AAnio.

Em relação ao número global de mortes por AIDS de 1990 a 2023 e meta para 2025, o cenário é semelhante. O pico de novos casos de HIV foi verificado em torno da segunda metade da década de 1990. Posteriormente, foi registrado o pico de mortes em torno de 2005 e 2006. A partir desse período, houve uma redução gradual e expressiva com a ampliação do acesso às medicações antirretrovirais. Contudo, também não atingiremos a meta preconizada de redução do número de mortes ao final de 2025.

O número absoluto de mortes verificado no boletim da OMS ao final de 2023 foi de 630 mil mortes de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo, um número ainda assustador e lamentável, considerando que dispomos da terapia antirretroviral capaz de promover uma vida saudável às pessoas, desde que o diagnóstico e a introdução da terapia sejam realizados oportunamente.

**Figura 5: Mortes por AIDS em crianças e adultos em 2023**



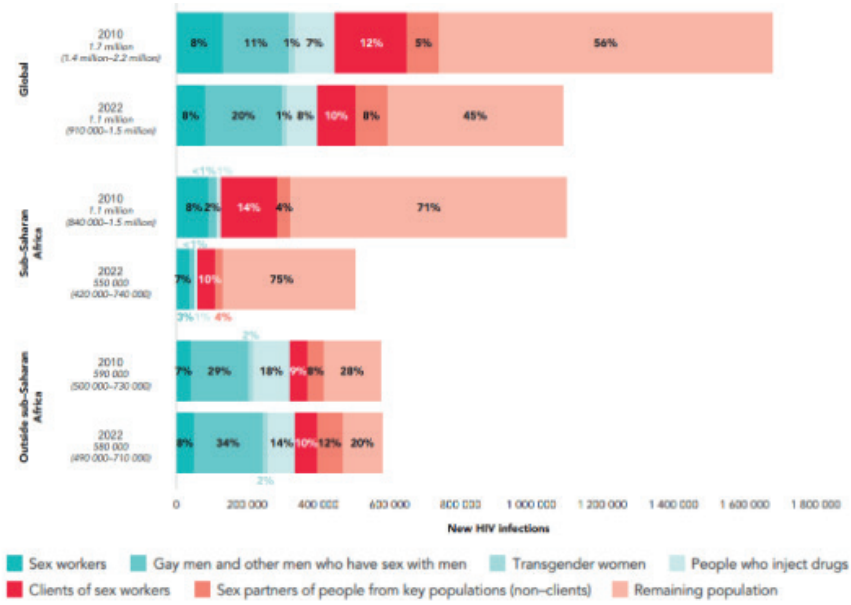

Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

**Total: 630 000** [500 000–820 000] - **50% na África**

**76.000 em Crianças < 15 anos – 85% na África**

Dessas 630 mil mortes, metade se concentra na África. Ainda foram registrados 76 mil crianças e adolescentes menores de 15 anos que morrem por HIV anualmente no mundo, sendo que 85% desses óbitos ocorrem na África.

**Figura 6: Novas Infecções por HIV por populações-chave e regiões**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

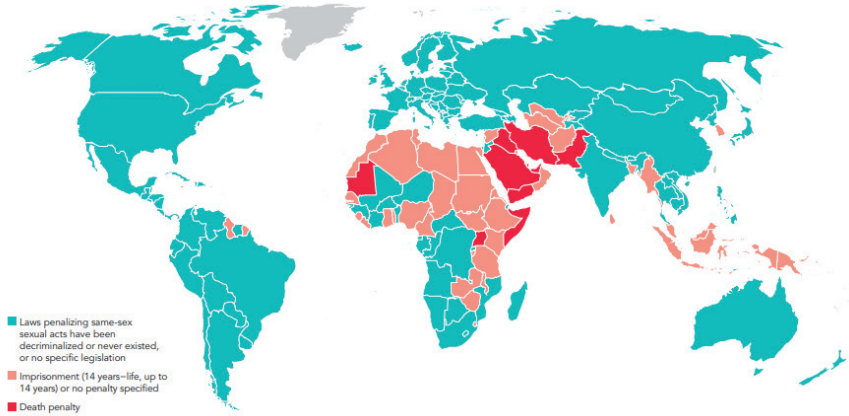
Este gráfico apresenta letras pequenas e pode ser difícil de visualizar, mas serve para demonstrar um padrão epidemiológico que difere entre a África Subsaariana e o restante do mundo.

As barras em azul representam os casos, sendo que a primeira dupla de gráficos refere-se ao mundo como um todo, a segunda dupla à África Subsaariana e a terceira às outras regiões do mundo em conjunto – todos os outros continentes exceto a África Subsaariana. As tonalidades mais azuis indicam as novas infecções verificadas, com cada barra representando 2010 e 2022 para cada um dos três perfis: global, na África Subsaariana e fora dela.

As tonalidades em degradê de azul representam as infecções nas populações-chave: homens gays cisgênero, pessoas trans, profissionais do sexo e pessoas que injetam drogas ou usam drogas inalatórias.

As barras em vermelho, no degradê de vermelho até rosa, representam as novas infecções excluindo essas populações-chave mencionadas anteriormente: homens cisgênero gays, mulheres e homens trans, pessoas trans não-binárias, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas. Verificamos que o perfil epidemiológico da África Subsaariana continua sendo de novas infecções muito centradas em mulheres cisgênero heterossexuais, num padrão de transmissão epidemiológica onde um homem transmite a infecção para várias mulheres. Quando observamos as outras regiões sanitárias do planeta fora da África — como Brasil, América Latina, Estados Unidos, Europa e boa parte da Ásia —, temos uma epidemia que denominamos concentrada, porque atinge essas populações mais vulnerabilizadas: pessoas trans, homens cisgênero gays, pessoas que usam drogas e trabalhadoras do sexo.

**Figura 7: Países com criminalização de relações homoafetivas:**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

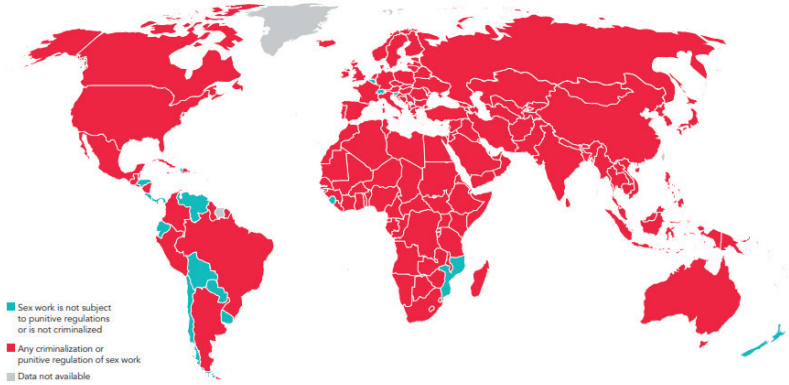
Aqui, apresentamos um ponto de muita luta e debate: países que ainda criminalizam oficialmente as relações homoafetivas. O Brasil está fora dessa lista. Observamos que muitos países da África, do Oriente Médio e do Sudeste Asiático criminalizam em algum grau essas relações. Dos 50 países que compõem o continente africano, 30 deles têm algum tipo de criminalização contra relações de pessoas do mesmo sexo designado ao nascer.

O Brasil está fora dessa lista, assim como vários outros países, mas isso não significa que estamos bem. Sabemos que somos – as estatísticas são muito difíceis de obter com precisão – um dos países que mais mata pessoas trans e pessoas LGBTQIAPN+ em geral. As violências não deixam de existir, ainda que o Estado não tenha uma lei que criminalize essas relações. Portanto, a luta é igualmente importante nos países

que criminalizam, mas obviamente a criminalização constitui um ponto de maior atenção e luta, pois evidencia uma maior vulnerabilidade das populações sujeitas a ela.

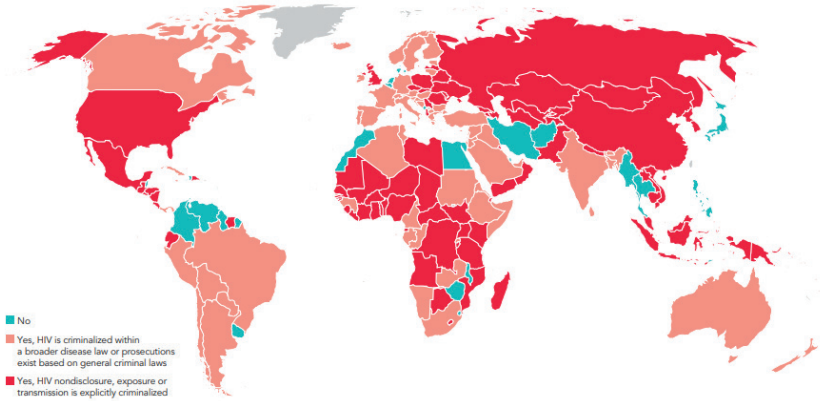
Em relação à criminalização do trabalho sexual, o cenário mundial é muito pior. Quase todos os países, em alguma medida, criminalizam o trabalho sexual.

**Figura 7a: Países com criminalização do trabalho sexual:**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

**Figura 8: Criminalização da transmissão do HIV:**

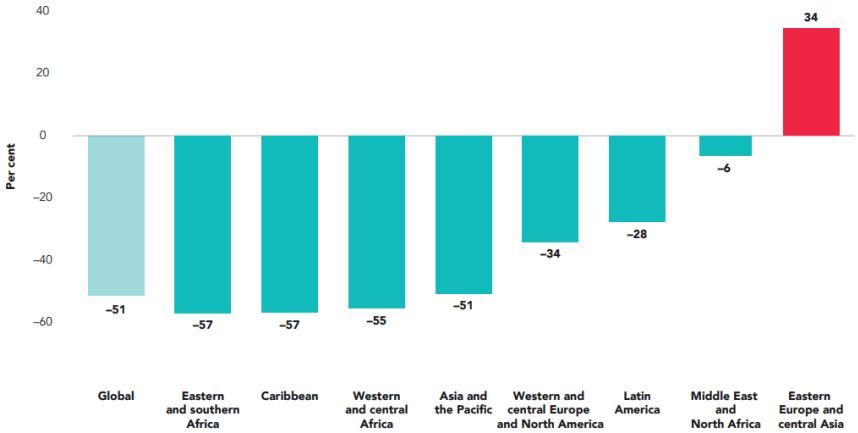



Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

Quanto à transmissão do HIV, existe também algum grau de criminalização. Há um degradê de países: alguns estão em vermelho, outros em rosa e outros em azul, sendo que os países em vermelho e rosa criminalizam, em algum grau, a transmissão do HIV e de outras ISTs. No Brasil, isso data da década de 1950, do nosso Código Penal, que criminaliza a transmissão do HIV, retirando da esfera da educação e saúde a questão da transmissão de agravos infecciosos pelo sexo e levando-a para a esfera criminal. Sabemos que existem muitos casos no Brasil que foram processados e que pessoas foram criminalizadas pela transmissão.

Para compreendermos como está a mudança de cenário das novas infecções pelo HIV no mundo, dada a ampliação do acesso aos antirretrovirais no continente africano e em diversas outras partes do mundo. No Brasil temos uma história bem-sucedida desde o início dos anos 1990, apesar de governo. Tanto globalmente quanto na maioria das regiões sanitárias da OMS — continente africano norte ou subsaariano, América Latina (que está representada em vermelho), várias regiões sanitárias, inclusive na média global —, há uma tendência de queda. Globalmente, tivemos uma tendência de queda de aproximadamente 40% entre 2010 e 2023 no número de novos casos verificados. Comparando o que se verificava em 2010 com o que se verifica hoje, houve uma queda global de 40% no número de novos casos de HIV.

**Figura 9: Evolução das mortes por AIDS por região sanitária da OMS - 2010 > 2023**

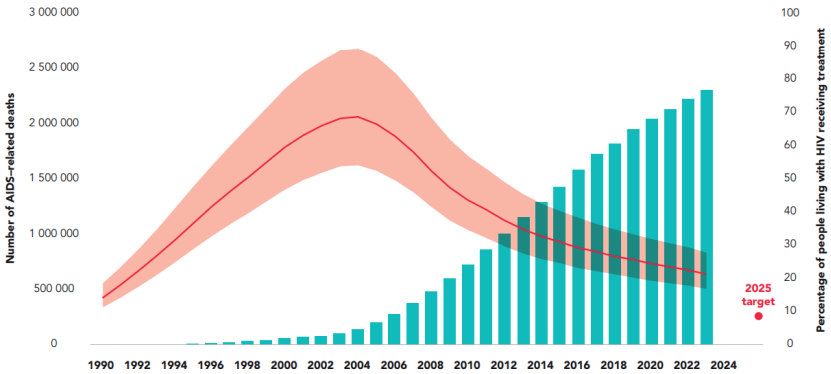



Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

As barras azuis negativas para baixo representam regiões sanitárias avaliadas pela OMS com queda do número de novos casos. Onde está o problema mundial, com casos seguindo em aumento? América Latina, Europa Oriental e Ásia Central, e fundamentalmente o Norte da África e o Oriente Médio, que têm taxas cada vez mais expressivas de novos casos.

Em relação ao número de mortes relacionadas a HIV e AIDS no mundo, temos uma redução em praticamente todos os continentes, exceto Europa Oriental e Ásia Central, que têm verificado ainda um aumento, comparando 2010 a 2023.

**Figura 10: Evolução das mortes por AIDS x Acesso à TARV:**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

O que promoveu esse cenário de diminuição de novas infecções e do número de mortes por HIV e AIDS foi a ampliação do acesso ao antirretroviral. Até o início dos anos 2000, receber antirretroviral no planeta era um absoluto privilégio de algumas pessoas. No ano 2000, as barras azuis começam a crescer ao longo dos anos seguintes, chegando a um nível minimamente decente em 2010 e continuando crescendo vertiginosamente, mas com tendência à estabilização. A curva vermelha, que mostrei anteriormente, indica que o pico de mortalidade das infecções pelo HIV e AIDS foi em torno de 2005-2006, quando começou a decrescer. Essa ampliação de acesso aos antirretrovirais reflete-se numa saúde melhor para a pessoa individualmente. Quando a pessoa torna indetectável sua carga viral, deixa de transmitir, mesmo que as relações sejam desprotegidas, sem uso de métodos de barreira como preservativos interno e externo. Fundamentalmente, gera esse

cenário positivo de redução de mortalidade com impacto na saúde pública.

## Carga Viral
## Indetectável = Intransmissível

Esta é uma mensagem que não podemos deixar de mencionar: é importante que todos saibamos e divulguemos essa informação de que a carga viral indetectável é igual à intransmissibilidade do HIV. Anteriormente, mencionei duas dimensões importantes para o indivíduo — no sentido da sua saúde — e para a população, em menor índice de mortalidade e de transmissão. Mas isso tem uma importância fundamental para a saúde emocional e para a vida afetiva das pessoas vivendo com HIV. Revelar o diagnóstico num mundo repleto de estigma, preconceito e discriminação não é fácil. Estabelecer novas relações afetivas também não é fácil. Revelar o diagnóstico no início de uma relação afetiva, para ser justo, honesto e transparente com a pessoa, antes de uma relação afetiva de confiança se estabelecer — e isso não acontece do dia para a noite — não é simples.

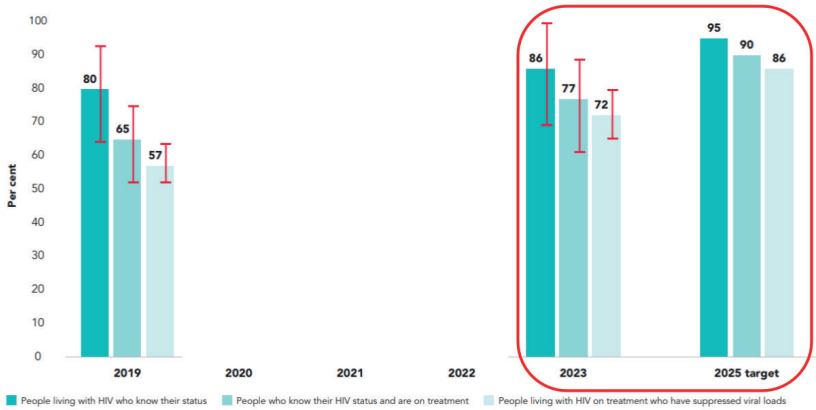
Este dado científico possibilita que as pessoas vivendo com HIV, que façam o tratamento adequadamente e tenham sua carga viral indetectável, possam estabelecer relações onde, se eventualmente for negociado não usar o preservativo, ou não for possível, ou não quiserem, tenham a tranquilidade de que não estão expondo a outra pessoa. Podem conversar sobre isso no momento correto em que a relação permitir, quando o estabelecimento do afeto já estiver mais consolidado, para

que a pessoa não tenha a reação que era recorrente — e ainda é, infelizmente. Este é um dado que minimamente auxilia nesse processo, evitando que as relações comecem e, quando o diagnóstico é revelado, as pessoas se afastem.

Esse é um dado bastante importante que precisa ser divulgado como uma estratégia de prevenção positiva, no sentido de que as pessoas vivendo com HIV têm que se prevenir positivamente de impactos e consequências não necessariamente na sua saúde física, mas na saúde emocional, afetiva e sexual decorrentes de viverem com HIV.

A Declaração de Paris atualizou as metas, que antes eram 90-90-90, para esse triplo 95. Para tornar o HIV um problema de saúde pública menor no mundo, precisamos atingir essas três metas: conhecer 95% das pessoas vivendo com HIV (precisam ter o diagnóstico feito); dessas 95% de pessoas com diagnóstico feito, oferecer o tratamento antirretroviral para outras 95%; e das que estejam em tratamento antirretroviral, atingir a indetectabilidade da carga viral suprimida em 95%. Feito isso globalmente, o HIV deixa de ser um problema de saúde pública considerável.

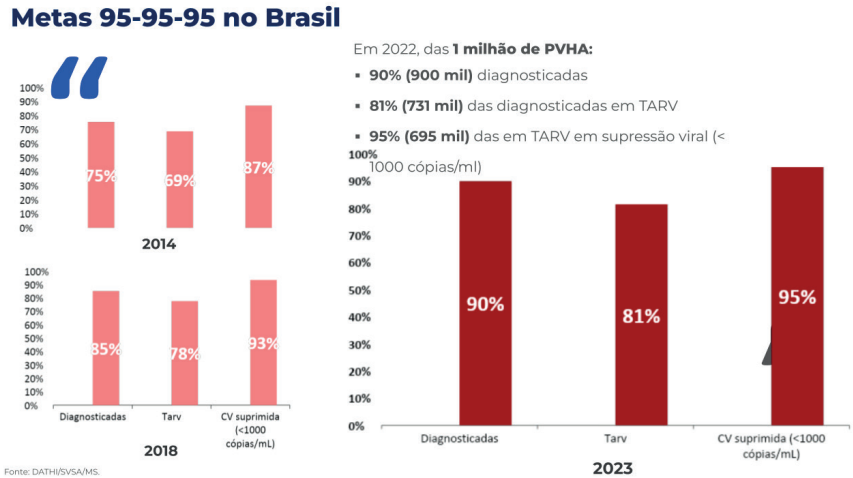
**Figura 11: Testes e tratamentos para o HIV entre as pessoas soropositivas, global, 2019-2023**




Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024 (https://aidsinfo.unaids.org/)

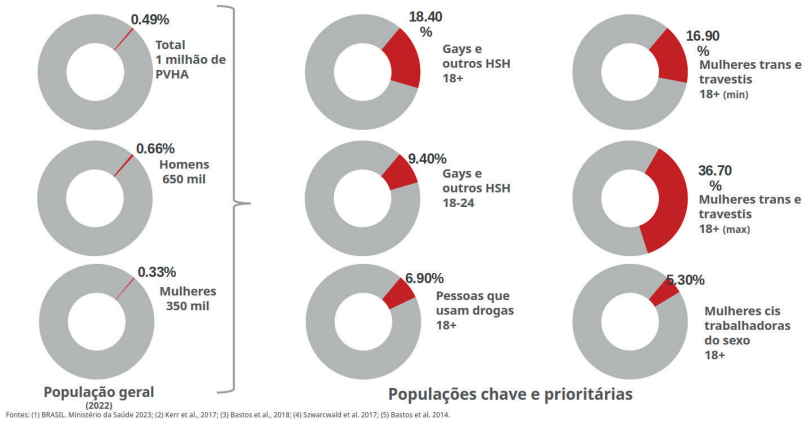
Qual a situação mundial em relação ao tema? Em 2019, conhecíamos 80%, oferecíamos tratamento para 65% e tínhamos 57% das pessoas indetectáveis. Onde estamos em 2023? Conhecemos 86%, tratamos 77% e não detectamos 72%. Onde deveríamos estar em 2025? Não chegaremos lá. Deveríamos estar conhecendo 95%, oferecendo tratamento para 90% e indetectando 86% das pessoas vivendo com HIV.

Comparando crianças, mulheres e homens de acordo com o sexo designado ao nascer, as mulheres são menos acometidas que os homens, refletindo um dado comum em saúde: as mulheres frequentam mais as unidades de saúde, se cuidam mais e aderem mais ao tratamento.




Qual a situação do Brasil? Dados do Ministério da Saúde do ano de 2024, comparando como estávamos em 2018 com como estamos em 2023: conhecemos 90% das pessoas (temos diagnóstico de 90% do que seriam os 100% estimados das pessoas vivendo com HIV no Brasil), oferecemos e vinculamos 81% dessas pessoas em tratamento nos centros especializados, fundamentalmente, e, desses em tratamento, nosso dado mais surpreendente e positivo é que conseguimos fazer a indetecção de 95% das pessoas. Estamos razoavelmente bem comparados a outros países e ao cenário mundial.

**Figura 12: HIV no Brasil - Epidemia Concentrada**




Como mencionei anteriormente, falando da comparação da África com outras regiões sanitárias do mundo, o Brasil tem uma epidemia concentrada. Nessas figuras da esquerda, vemos que a prevalência de HIV na população brasileira é de meio por cento, ou seja, uma em cada 200 pessoas acima de 13 anos vive com HIV no Brasil.

Esse é o dado geral. Quando observamos as populações-chave — pessoas mais vulnerabilizadas com maior risco de infecção pelo HIV —, estratificado por idade entre gays e outros HSH (homens que fazem sexo com homens) maiores de 18 anos, esse número vai para 18%, significando que há quase 40 vezes mais homens cisgênero gays acima de 18 anos vivendo com HIV/AIDS comparado à população geral no Brasil. É importante esclarecer, quando mostramos esse dado, que ele se relaciona às muitas vulnerabilidades que atravessam essa população — violências, dificuldade de acesso à saúde, menor índice de testagem, acolhimento mais difícil. Na mesa de abertura desse evento, houve comentários sobre os desafios

de qualificar os profissionais de saúde para que atendam bem, para que sejam acolhedores, para que as pessoas se sintam confortáveis nas unidades. Poderíamos ficar aqui, e vocês vão ficar, certamente, ao longo do Congresso, debatendo muitas dessas vulnerabilidades.

Mas existe uma dimensão biológica do risco aumentado pouco discutida para essas pessoas. O sexo anal tem um risco por ato sexual de 10 a 20 vezes maior que o sexo vaginal de fazer com que a transmissão do HIV aconteça, devido a microabrasões e microferimentos que não são necessariamente fissuras, úlceras ou feridas visíveis, mas que promovem maior risco da infecção pelo HIV se efetivar através do sexo anal, tendo o sexo anal passivo um risco muito maior que o sexo anal ativo.

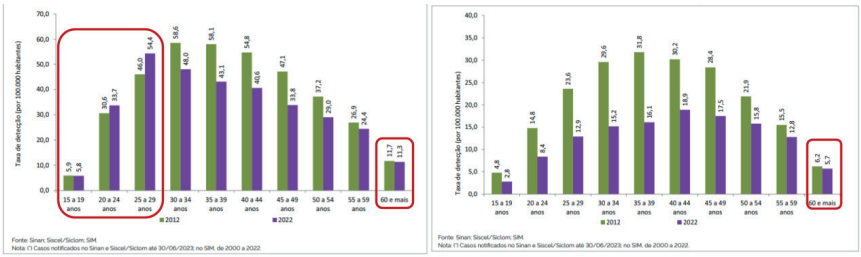
Existe essa dimensão biológica do risco que se soma a todas as outras dimensões de vulnerabilidade que atravessam essas populações para termos esse cenário de epidemia concentrada em homens cisgênero gays. Em mulheres trans, temos um dado ainda mais assustador: acima de 18 anos, 37% das pessoas portam ou têm o vírus, e abaixo de 18 anos, 17%. Em relação a trabalhadoras e trabalhadores do sexo e pessoas que usam droga, entre 5% e 7% portam ou têm vírus. Quando comparamos com o dado da população geral de meio por cento, são dados muito exorbitantes, muito maiores, que requerem uma ação continuada e um olhar centrado nessas pessoas mais vulnerabilizadas, desde as campanhas de prevenção até as ações nos serviços de saúde.

O cenário sociodemográfico de novos casos do HIV no Brasil demonstra outras camadas de vulnerabilidade. Pessoas pretas e pardas hoje são atingidas em 63% dos casos novos de

HIV; estão em pessoas menos escolarizadas — apenas 31% têm o fundamental completo —; acontece mais em homens, especificamente numa faixa etária mais jovem, de 20 a 39 anos, o que reflete o período mais ativo de vida sexual das pessoas.

A razão da incidência do vírus entre homens e mulheres no Brasil, considerando os sexos designados ao nascer, está aproximadamente em 2,5 para 1. Quando tivemos o início da epidemia na década de 1980, eram cerca de 20 homens para cada mulher com HIV no Brasil. Chegamos a uma razão quase igualitária no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, de 1,5 homem para 1 mulher, e agora temos uma nova tendência de aumento dos casos entre homens cisgênero, especificamente gays ou heterossexuais, com uma razão atual de 2,5 homens para cada mulher vivendo com HIV.

**Figura 14: Detecção de AIDS em Homens e Mulheres por faixa etária:**

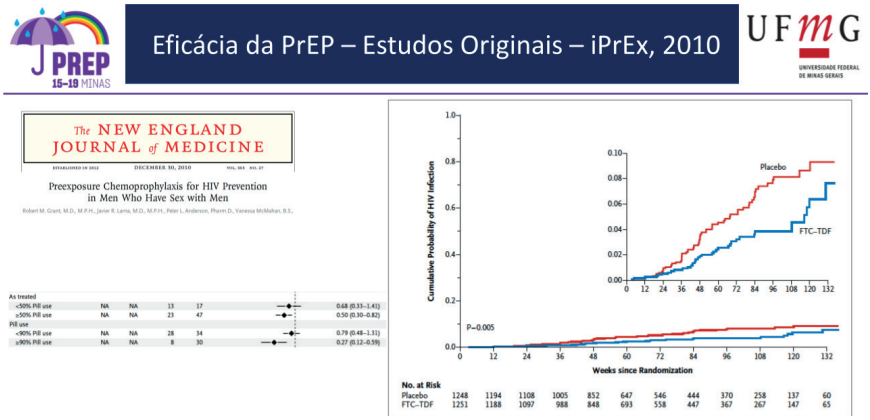



Crescimento de novos casos em Homens Gays < 29 anos

Em qual faixa etária esse problema se concentra mais? Fizemos um recorte em nossa pesquisa para estudar, oferecer

e entender melhor as vulnerabilidades, oferecendo a PrEP para uma faixa etária que estava fora da primeira publicação da diretriz do Ministério de 2018. Adolescentes de 15, 16, 17 anos não podiam receber PrEP; eram apenas pessoas com 18 anos ou mais. Mas onde o problema está concentrado? Essas barras verdes e roxas em homens e mulheres, focando nos homens por faixas etárias, comparando o número de novos casos de HIV de 2012 com 2022, observamos que a barra roxa, que reflete os novos casos de 2022, só é maior que os casos novos verificados em 2012 nas faixas etárias de 15 a 19, 20 a 24 e 25 a 29 anos.

Onde está aumentando a epidemia de HIV no Brasil? Entre homens, especialmente homens gays e pessoas trans, especificamente de 15 a 29 anos. Todas as outras faixas etárias tiveram diminuição, o mesmo observado para mulheres. Quando analisamos pessoas com 60 anos ou mais, há um certo equilíbrio, não há a mesma magnitude de redução verificada nas outras faixas etárias. Portanto, esse é mais um ponto de focalização das políticas públicas voltadas para as pessoas mais jovens.



Estes dados mostram quantos adolescentes chegaram até nós na primeira fase do projeto já acometidos pela infecção pelo HIV e por outras infecções sexualmente transmissíveis. Temos os dados separados de Salvador, São Paulo e Belo Horizonte. Aquela barra de 4,97% (arredondando fica 5%) é o número de pessoas que chegaram até nós no projeto já com diagnóstico de HIV. Elas não tiveram a oportunidade de usar PrEP para reduzir o risco da infecção pelo HIV. Cinco por cento, ou seja, um a cada vinte dos adolescentes que chegaram até nós na primeira fase do projeto já tinha a infecção pelo HIV.

**Prevalência de base de IST entre adolescentes elegíveis para o estudo PrEP 15-19; 2019 - 2021**

JAMA Network | Open.

Original Investigation | Infectious Diseases

Global Epidemiologic Characteristics of Sexually Transmitted Infections Among Individuals Using Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection
A Systematic Review and Meta-analysis

Jason J. Ong, PhD, MBBS; Rachel C. Baggaley, MSc, MBBS; Teodora E. Wi, MD; Joseph D. Tucker, PhD, MD; Hongyan Fu, PhD; M. Kumi Smith, PhD; Sabrina Rafael, MSc; Vanessa Anglade, MSc; Jane Falconer, MA; Richard Obiri-Yeboah, PhD; Fern Terris-Prestholt, PhD; Ioannis Hodges-Mameletzis, DPhil; Philippe Mayaud, MD

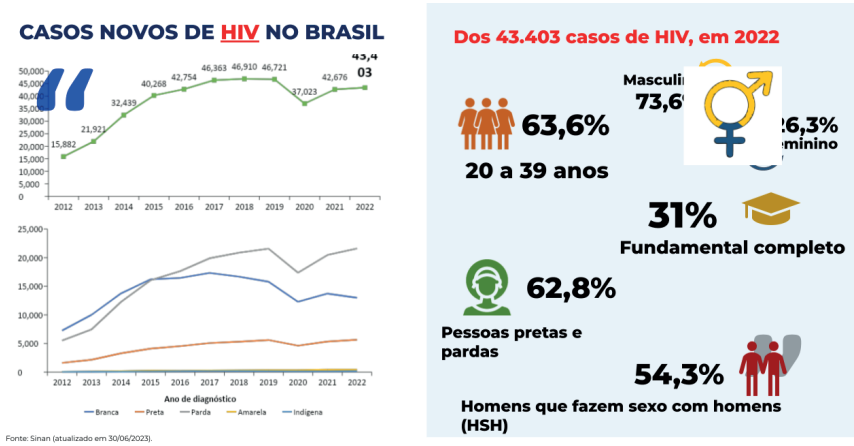
| | Total (974) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | +/N testados | % | | N estudos | Amostra | % |
| **Sífilis** (teste rápido +) | 140/926 | 15,1 | **Sífilis** (ativa) | **22** | 9757 | 5,0 |
| **Gonorreia** | 62/390 | 15,9 | **Gonorreia** | **14** | 9340 | 11,6 |
| **Clamídia** | 18/318 | 5,7 | **Clamídia** | **12** | 4918 | 10,8 |

Quando observamos outras infecções sexualmente transmissíveis, encontramos os seguintes dados: 15% já chegaram até nós com sífilis, e 16% com diagnóstico de gonorreia, ou seja, ambas com incidência aproximada de uma pessoa em cada seis, além de 6% com clamídia, uma outra infecção sexualmente transmissível. Fazíamos os exames clínica ou laboratorialmente. Isso mostra, comparado com a figura acima, uma meta-análise de dados de infecção sexualmente transmissível em adultos usuários de PrEP do mundo inteiro,

que tivemos nesses adolescentes de Belo Horizonte e região metropolitana que chegaram até nós no projeto maiores taxas de sífilis e gonorreia comparado aos adultos de uma análise conjunta mundial que usa PrEP.

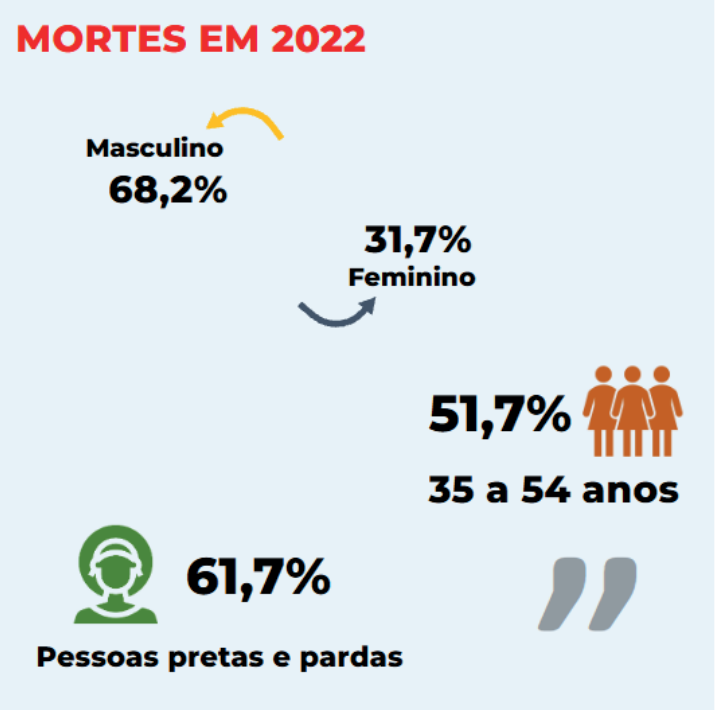
Temos um problema centrado nas juventudes, especialmente na juventude de homens gays e pessoas trans de Belo Horizonte, no caso de HIV e ISTs.

**Gráfico 3: Casos novos de HIV no Brasil[4]**




4 Fonte: SIM (atualizado em 31/12/2022).

**Figura 13: Mortes por HIV no Brasil em 2022**




Essas são as mortes por HIV no Brasil, para entrarmos na prevenção combinada e falarmos de PrEP. A prevenção combinada inclui PrEP, PEP (prevenções utilizando medicamentos), métodos de barreira, testagem e tratamento regular de ISTs, e ações de redução de dano e de educação em saúde, para que, no conjunto, as pessoas estejam o mais protegidas possível para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

**Prevenção combinada:**

- É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e

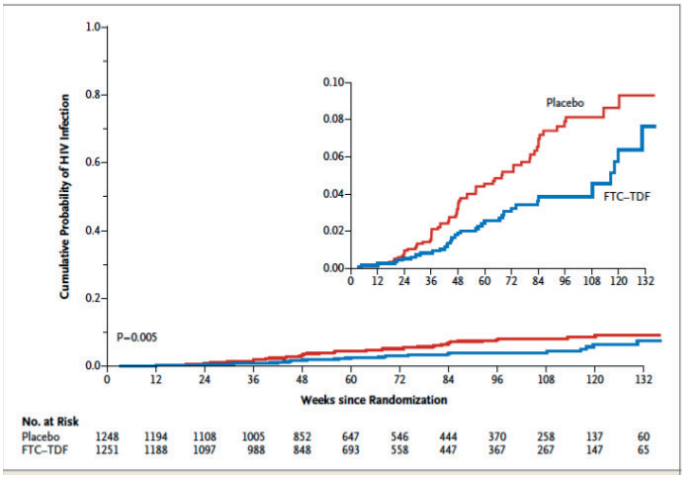
estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus;

- O melhor método é aquele que atende as necessidades sexuais e de proteção do indivíduo;
- Nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções.

**Figura 14: Marcos legais e outros aspectos estruturais**

Fonte: UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). Combination HIV Prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. 2010

**Figura 14: Estimativa de tempo para infecção HIV**




Onde tudo começou para acreditarmos que PrEP funciona? Em 2010, saiu o primeiro grande estudo que mostrou que PrEP, comparado a placebo — na época não se sabia se funcionava —, com todo mundo orientado nas medidas de prevenção de barreira, gel lubrificante etc. Um grupo sem saber recebia PrEP, outro grupo sem saber recebia placebo. A curva azul são os novos casos em quem recebeu PrEP, a curva vermelha no gráfico de cima é de quem recebeu placebo, mostrando que, no tempo, as pessoas usando PrEP adquiriam menos infecção pelo HIV que as pessoas usando placebo. Daí para frente outros estudos foram surgindo.

Numa média, depois que vários estudos saíram, temos o Número Necessário para Tratar: analisando todos os estudos já feitos sobre PrEP placebo-controlados, para cada 55 pessoas que usam PrEP ao longo de um ano, prevenimos uma infecção pelo HIV. Isso independente de qualquer nível de adesão. A pessoa pode tomar bem, médio, mais ou menos - todo mundo junto foi isso. Se oferecermos PrEP para 55 pessoas, isso

significa uma infecção a menos populacionalmente ao fim de cada ano.

Quando analisamos com adesão acima de 70% — o que na semana seria tomar pelo menos 4 dos 7 dias da PrEP oral diária —, reduzimos esse número: para cada 30 pessoas oferecidas PrEP, conseguimos reduzir uma infecção pelo HIV. Esse é um cálculo matemático do impacto da intervenção de saúde.

Outras coisas que não temos no Brasil: o anel vaginal de dapivirina, método de proteção específico para pessoas com vagina, é menos protetivo, tem uma eficácia de 30%. Comparado à PrEP oral que temos, de tenofovir com FTC, protege acima de 90% se usado adequadamente. Existe outra medicação com menor potencial de toxicidade, mas muito mais cara e que não temos.

Vem por aí um medicamento muito importante e que faz parte do nosso estudo: o Cabotegravir, uma medicação injetável intramuscular de uso bimestral. Ele oferece uma proteção ainda maior que a PrEP oral porque reduz o problema da adesão, do esquecimento das tomadas dos comprimidos. A droga tem sido um problema para pessoas trans com silicone, porque sua aplicação deve ser nas nádegas a princípio, o que impossibilita a aplicação para quem tem silicone infiltrado ou implantado.

Outro medicamento que todo mundo já deve ter ouvido falar é um remédio que de fato será revolucionário se for disponibilizado com transferência de tecnologia, quebra de patente e amplo acesso: o Lenacapavir, uma medicação de uso subcutâneo que reduziu a praticamente zero o risco da infecção pelo HIV nas pessoas que receberam. O medicamento é como uma injeção de insulina com agulha pequena na barriga

e aplicado a cada seis meses, e praticamente zerou o risco da infecção pelo HIV, seja em mulheres cisgênero na África, seja em homens gays e pessoas trans em diversos países do mundo, de acordo com um estudo gigante e multicêntrico. Já com aprovação do FDA americano e liberado para uso lá, a droga tem um custo de US$ 22 mil por dose, US$ 44 mil ao ano e está em fase de aprovação na Anvisa. Já há uma sinalização da Gilead, indústria fabricante, de quebra de patente e transferência de tecnologia ao longo dos próximos três anos para os países de baixa renda. Somos considerados de média renda, estamos fora desse acordo, mas o Ministério da Saúde já está em negociações para incorporação e negociação de preço de ambas as medicações. Esse é um cenário para que o custo seja mais acessível nos próximos anos.

**Figura 15: Progresso das estratégias de prevenção ao HIV**

| COMBINATION HIV PREVENTION FOR ALL | TARGET | 2023 STATUS |
|---|---|---|
| Reduce numbers of new HIV infections to fewer than 370 000 | 370 000 | 1 300 000 |
| Reduce numbers of new HIV infections among adolescent girls and young women to fewer than 50 000 | 50 000 | 210 000 |
| 95% of people at risk of HIV access effective combination prevention | 95% | 50%/40%/39%/39% (medians) (SW/MSM/PWID/TG) |
| PrEP for 10 million people at substantial risk of HIV (recorded as 21.2 million people using PrEP at least once during the year) | 21.2 million | 3.5 million |
| 50% opioid agonist maintenance therapy coverage among people who are dependent on opioids | 50% | 2 of 26 countries |
| 90% sterile injecting equipment at last injection | 90% | 11 of 27 countries |
| 90% of men and boys aged 15 years and over in 15 priority countries have access to voluntary medical male circumcision (VMMC) | 90% | 67% |
| 80% of men aged 15–49 years report condom use with non-regular partner | 80% | 56% |

Fonte: UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). Combination HIV Prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. 2010.

Os dados exibidos acima abordam o progresso das estratégias de prevenção ao HIV. Eles mostram quantas pessoas precisaríamos que estivessem em uso de PrEP mundialmente, cerca de 21,2 milhões de pessoas que já deveriam estar usando PrEP. Qual o cenário que temos hoje? 3,5 milhões de pessoas. O cálculo matemático, feito com a colaboração de matemáticos, epidemiologistas e estatísticos, é que se oferecermos PrEP com boa adesão, especialmente as formulações injetáveis que podem revolucionar o cenário da transmissão do HIV no mundo, se conseguirmos oferecer para 30 a 40 milhões das pessoas mais vulnerabilizadas com maior risco de infecção pelo HIV, a epidemia acaba enquanto problema de saúde pública. Mas observe o tamanho do desafio. Hoje, depois de 8 anos de PrEP implantada no Brasil e aproximadamente 10-12 anos da liberação pelo FDA e as agências europeias de regulação, esperávamos ter atingido 20 milhões de pessoas em uso de PrEP, mas temos somente 3,5 milhões de pessoas em uso.

Temos 8 milhões de iniciações. Isso significa que, pelo menos em algum momento da vida, durante um tempo, 8 milhões de pessoas no mundo, desde 2016 até hoje, utilizaram PrEP. Quantas estão em uso regular? 3,5 milhões. Quantas precisaríamos que estivessem em uso, no cálculo da meta que já deveríamos ter atingido mundialmente? 21 milhões de pessoas.

**Figura 16: Lacunas na consecução das metas de prevenção combinada entre homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, por intervenção, global, 2019-2023**

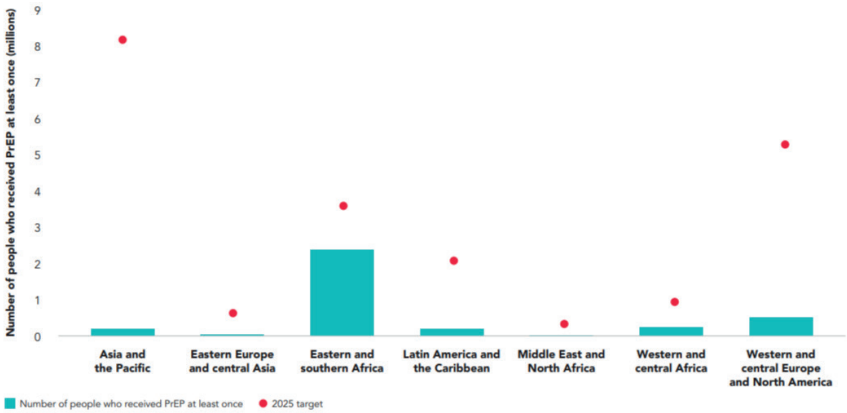
Fonte: Global AIDS Monitoring, 2020-2024 (https://aidsinfo.unaids.org): UNAIS, special analysis, 2024.

Esta é a curva de iniciações ao longo do tempo, disponível no *PrEP Watch Tracker*. Aqui estratificamos as diversas estratégias de prevenção: uso de preservativo, testagens de ISTs, programas de prevenção combinada, mas especificamente o uso de PrEP entre HSH — quantos por cento das pessoas-alvo estão usando. A seta vermelha termina em quantos por cento deveriam estar usando, para vermos que ainda estamos longe da meta.

Seja em HSH, seja em pessoas trans, o uso da PrEP também mostra que ainda estamos muito longe do alvo. HSH está muito longe — homens que fazem sexo com outros homens deveria ser uns 20% em uso de PrEP. Quando vamos para pessoas trans, o dado fica menor, um dado pior de acesso dessas pessoas a essa estratégia de prevenção. Assim como trabalhadores e trabalhadoras do sexo, também é um

dado muito aquém da meta que deveria ter sido atingida atualmente.

**Figura 17: Número de pessoas que recorreram ao PrEP pelo menos uma vez em 2023, por região, e meta para 2025**




Fonte: Global AIDS Monitoring, 2020-2024 (https://aidsinfo.unaids.org): UNAIS, special analysis, 2024.

A tabela aborda o número de pessoas que utilizaram a PrEP em diversas regiões do planeta: a barra azul representa o número de pessoas em uso de PrEP e a bolinha vermelha indica onde deveríamos. Onde estamos melhor? No Centro-Oeste e Sul da África, onde as ações globais se concentraram e estão francamente ameaçadas por Donald Trump, que está destruindo as políticas públicas dentro do seu próprio país e internacionalmente. Diversas linhas de financiamento para programas via Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR), que era um recurso destinado a programas de acesso antirretroviral,

incluindo PrEP no continente africano e várias outras partes do mundo, foram subitamente cortados.

A PrEP que temos aqui no Brasil, pelo Ministério da Saúde, é a PrEP oral. Ainda não temos os injetáveis. Até recentemente, só pessoas das populações-chave poderiam usar. Em 2022, tivemos a atualização do protocolo clínico de PrEP e agora qualquer pessoa que acesse o serviço de saúde, que numa avaliação individualizada seja entendida como com risco acrescido de infecção pelo HIV, pode utilizar. Ela continua sendo um método de prevenção centrado e preferencial para as pessoas das populações mais vulnerabilizadas: HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e usuários de droga. Essa avaliação foi ampliada e, inclusive, por dados do nosso estudo entre adolescentes, o Ministério reduziu a idade de 18 para 15 anos, por duas conclusões óbvias: a de que adolescentes também fazem sexo e a de que não conseguem se programar e se proteger adequadamente nas suas relações sexuais, atitudes mais facilmente tomadas pelos adultos.

Temos duas estratégias de uso de PrEP: você pode tomar PrEP todos os dias, continuamente, um comprimido por dia, começando com dois comprimidos para conferir proteção imediata; ou as pessoas que conseguem programar bem sua vida sexual e não tenham relações tão frequentes podem usar a estratégia sob demanda, que significa tomar dois comprimidos antes, 2 a 24 horas antes da relação sexual acontecer. Se de fato ela acontecer, a pessoa toma mais 1 nos dois dias subsequentes. A estratégia que chamamos de “2 mais 1 mais 1”. Seja na estratégia diária de usar o comprimido todo dia, seja nessa estratégia sob demanda de

tomar 2 mais 1 mais 1, quando a pessoa decide parar de usar a PrEP, tem que usar pelo menos dois dias seguidos depois da última relação sexual. São essas duas as estratégias preconizadas aqui no Brasil.

## Desafios na implementação da PrEP

No Brasil, temos 180 mil pessoas utilizando PrEP, e 190 mil que já tiveram alguma prescrição de PrEP. Quais são os desafios que temos vivido para a implementação?

Um deles é a priorização das políticas públicas e sustentabilidade financeira. Espaços como esse são fundamentais para essa discussão ser fortalecida, para que, de forma intersetorial e transdisciplinar, a importância dessas políticas seja visibilizada e consigamos mantê-las sempre na agenda prioritária.

Outro desafio é a criação de demandas: não é simples fazer com que as pessoas saibam que PrEP existe, que é bom para elas e que, no perfil de cada uma, pode ser necessário para o cuidado da sua saúde. Criar demandas, estratégias de divulgação e de levar a educação em saúde para a população não é trivial. Nos projetos de pesquisa, temos essas ações de forma presencial e virtual, com a ação de educadoras e educadores entre pares, e é algo que as políticas públicas deveriam incentivar cada vez mais, ainda que seja difícil e tenha custo.

Também é fundamental descentralizar a oferta de PrEP dos serviços especializados, ou seja, chegar às pessoas mais vulnerabilizadas, ampliando e diversificando a oferta. É importante, ainda, promover vinculação e retenção no serviço,

através de uma ação multi transdisciplinar, com a participação dos diversos atores nos serviços. Sobre a diversificação dos serviços, modalidades e ofertas de PrEP, ressalto que existem máquinas automatizadas que oferecem a PrEP para pessoas cadastradas em diversos locais da cidade. Isso já acontece em outras cidades do mundo, há ações iniciais disso em São Paulo, e consideramos que esse é um futuro interessante e promissor. Outro desafio consiste em promover a adesão com seguimento diversificado para perfis distintos de usuários.

Quem usa PrEP no Brasil? Majoritariamente, se analisarem esses gráficos que estão no painel do monitoramento do Ministério, são pessoas brancas, pessoas com alta escolaridade, majoritariamente homens cisgênero gays, acima de 30 anos e nos grandes centros. Quem mais precisa pelos dados epidemiológicos? Os mais jovens estão usando menos. Pessoas pretas e pardas e também com baixa escolaridade representam 70% dos novos casos de HIV/AIDS.

A difusão do PrEP não deve se restringir aos grandes centros, pois a epidemia do HIV já se interiorizou no Brasil há muitos anos e precisamos ampliar cada vez mais. No atual cenário, temos 686 municípios dispensando PrEP no Brasil. Considerando os 5 mil municípios do Brasil, precisamos ampliar, ainda está muito longe de chegarmos lá.

Como estamos nesse cenário? Por último, o que mostra que estamos conseguindo diversificar profissionais, deixar de ser uma estratégia médico-centrada: farmacêuticos, enfermeiros, profissionais de saúde bucal podem prescrever PrEP. Essa é uma diretriz do município de Belo Horizonte. A Atenção Primária já está prescrevendo PrEP. Descentralizar,

sair dos serviços especializados e outros profissionais de saúde poderem prescrever são estratégias importantes para aumentar a oferta.

Este é o dado do projeto para mostrar que, de 1.500 pessoas que acessamos nas nossas estratégias de criação de demanda, vinculamos 600 na fase atual do projeto para usarem PrEP.

Ou seja, é preciso acessar muitas pessoas, criar demanda, mostrar que a tecnologia existe, para que um percentual bem inferior se vincule e permaneça retido no serviço utilizando PrEP. É um desafio muito grande não só ter a tecnologia e oferecê-la, capacitar profissionais de saúde, qualificar para o atendimento humanizado, mas também fazer com que a população saiba que isso existe, principalmente as pessoas mais vulnerabilizadas.

# SAÚDE TRANS

IGOR/2021

# TRANSFEMINISMO COMO FERRAMENTA PARA ACIONAR SAÚDE TRANSMASCULINA

**Leonardo Peçanha**[1]

Apresento um recorte da minha pesquisa de Doutorado, articulado com um artigo já publicado abordando como o transfeminismo pode constituir-se como ferramenta para demandar questões específicas de saúde das transmasculinidades.

Inicio ressaltando que a internet representa uma das principais formas de manifestação e divulgação dos feminismos, configurando-se como espaço de ação política. As manifestações transfeministas inserem-se nessa perspectiva de visibilização

1 Doutorando em Saúde Coletiva (IFF/Fiocruz); Mestre em Ciências da Atividade Física (UNIVERSO); Especialista em Gênero e Sexualidade (IMS/UERJ); Licenciado e Bacharel em Educação Física (UNISUAM). Organizador do livro *Transgeneridade e Esportes – para além do cissexismo* (Metanoia Editora, 2024). Professor colaborador nos cursos de Especialização em Gênero, Sexualidade e Saúde e Relações Étnico-Raciais e Saúde da Fiocruz. Conselheiro fiscal da Associação Brasileira de Estudos de Trans-Homocultura e pesquisador do Núcleo de Estudos Sobre Gênero, Sexualidade e Saúde (GENSEX/Fiocruz). Membro dos Grupos de Trabalho Saúde LGBT+ (Abrasco), Saúde e Relações Étnico-Raciais (CBCE) e do Coletivo Feminismo Negro no Esporte. Profissional de Educação Física no Ambulatório Identidade da UERJ.

através da rede, assim como outros movimentos sociais — movimento negro, movimento de pessoas com deficiência, movimento de mulheres — que consolidam suas práticas ativistas através das redes sociais.

Historicamente, a biologia era considerada o destino relacionado ao gênero. Algumas vertentes feministas contemporâneas ainda enxergam o gênero como determinante biológico, posicionamento que contestamos. A vertente pós-estruturalista avançou nessas perspectivas, compreendendo a necessidade de romper com a homogeneização interna dos campos feminino e masculino, reconhecendo a diversidade no interior de cada categoria e requerendo análise de outras dimensões das relações sociais — raça, classe, entre outras interseccionalidades (NICHOLSON, 1994).

O transfeminismo, segundo a professora Jaqueline Gomes de Jesus, constitui-se como linha de pensamento e ação feminista em construção que bebe do feminismo negro, da interseccionalidade, da não hierarquia de opressão e do empoderamento das falas, crescendo significativamente na internet.

Defino o transfeminismo como vertente do feminismo - reconhecendo que não existe um feminismo único, mas feminismos plurais. Simplificadamente, o transfeminismo é o feminismo das pessoas trans, travestis e não-binárias. Essas pessoas podem, se desejarem, identificar-se como transfeministas e, a partir dessa compreensão, demandar questões relacionadas a diversas áreas: saúde, educação, empregabilidade. A ação de demandar constitui-se como ação

transfeminista, de modo que, qualquer pessoa trans, travesti, não-binária, incluindo as pessoas transmasculinas e homens trans, também podem ser pessoas transfeministas.

Como eu disse, quem pode ser uma pessoa transfeminista, são as pessoas trans, as travestis, as pessoas não-binárias, incluindo as transmasculinidades. E as pessoas cisgêneras? Estas pessoas podem aprender com o transfeminismo a se tornarem mais desconstruídas, de se desvincularem da cisgeneridade, da cis- heteronormatividade e ir cada vez mais se desapegando de uma normatividade que, muitas das vezes, são cobradas das pessoas cis e hétero.

## Transfeminismos no Brasil

No Brasil, o transfeminismo iniciou-se com Aline Freitas, através de texto sobre a perspectiva transfeminista brasileira, posteriormente outras autoras desenvolveram essa abordagem: Jaqueline Gomes de Jesus (pioneira), Hailey Kaas, Viviane Vergueiro, Bia Pagliarini, Leila Dumaresq — mulheres trans, travestis feministas que estabeleceram as perspectivas transfeministas brasileiras.

Identifico diversas vertentes dentro do transfeminismo brasileiro:

i. Afrotransfeminismo: Criado por Maria Clara Araújo, pedagoga pernambucana, mestra em educação, atualmente residente em São Paulo, cunhou este termo para incorporar as perspectivas negras do transfeminismo.

ii. Transfeminismo Negro: Desenvolvido por Alessandra Ramos Maqueda (educadora popular, ativista e tradutora de libras, infelizmente falecida, mas que deixou

importante legado) e Dora Silva Santana (professora na Universidade de Nova Iorque, pernambucana residente nos Estados Unidos).

iii. Transfeminismo das Transmasculinidades: Termo cunhado por mim em parceria com Benjamin Braga, professor de Letras da UFMT, desenvolvido em nossas respectivas pesquisas podendo ser encontrado no mestrado e doutorado do Prof. Benjamin Braga.

iv. Transfeminismo Negro das Transmasculinidades: Perspectiva específica para homens trans e pessoas transmasculinas negras, desenvolvida por mim e Bruno Santana, onde no livro "Transmasculinidades Negras: Narrativas Plurais em Primeira Pessoa", visibilizamos nossa epistemologia.

## Transfeminismos das transmasculinidades

Utilizo atualmente o termo "leitura social" em substituição a "passabilidade", pois pessoas trans não necessariamente desejam "passar por" algo – nem sempre querem leitura cisgênera, e desconhecemos os resultados das modificações corporais ou do uso hormonal.

A leitura social impacta significativamente a vida das pessoas trans. Nas transmasculinidades negras, a dicotomia objeto/ameaça é particularmente presente, causando impactos frequentemente negativos na experiência de homens negros trans e pessoas transmasculinas negras.

Quando o homem negro trans começa a ser lido socialmente como homem, ele se insere na construção racista do que significa ser homem negro no Brasil: o bandido, aquele que inspira medo por representar ameaça, que provoca afastamento

nas ruas. Essa transição do lugar de objeto (hipersexualização das mulheres negras) para o lugar de ameaça (homem negro) constitui violência racista dupla, ou seja, transfobia e racismo, impactando gravemente a saúde mental.

Então, os profissionais de saúde mental, ao atender uma pessoa transmasculina negra, é importante que estudem e percebam que esse tipo de coisa pode acontecer com o homem negro trans, bem como com a pessoa transmasculina negra. Isto porque  as pessoas transmasculinas brancas ou outras perspectivas das transmasculinidades poderão perpassar por outros tipos de violência. Cabe destacar, portanto, sobre a importância de que estas pessoas denunciem isto, para que a possamos, cada vez mais, juntas, juntes e juntos, nos organizarmos para minimizar essas violências que possam vir a acontecer.

As cobranças racistas sobre transmasculinidades negras originam-se do racismo estrutural que já afeta homens negros cisgêneros. O falocentrismo, já intensamente cobrado dos homens negros cis (originário de ideias coloniais sobre procriação), torna-se ainda mais complexo para homens negros trans e transmasculinos negros, pois a maioria não acessa cirurgia de redesignação sexual (neofaloplastia ainda experimental no Brasil).

Sendo assim, o que temos é uma cobrança ainda mais complexa, porque enquanto o homem negro cisgênero enfrenta pressões sociais específicas, o homem trans negro vivencia uma dupla cobrança: além das expectativas raciais, ele também lida com a ausência do falo biologicamente esperado, o que torna sua situação ainda mais delicada.

E a invisibilização destas pessoas, que representa uma questão geral, perpassada pela história das transmasculinidades no Brasil, nos traz a importância de observar o quanto essa invisibilização das transmasculinidades é algo que vem atravessando as demandas das transmasculinidades brasileiras.

Sabemos que pessoas transmasculinas são frequentemente impedidas de acessar ginecologia, obstetrícia, determinados procedimentos de saúde, espaços específicos. A perspectiva histórica das transmasculinidades mostra que a invisibilização está sempre presente.

Apresento exemplo significativo: homem negro trans gay americano, casado com homem negro cis, engravidou durante uso de testosterona, descobrindo a gravidez apenas em exame de rotina. O caso demonstra que o uso prolongado de testosterona não impede gravidez pois não bloqueia a ovulação. Quando este homem descobriu a gravidez, precisou parar de fazer o uso da testosterona e fazer o acompanhamento do pré-natal.

Apresento, a seguir, a contextualização específica de uma das perspectivas do transfeminismo das transmasculinidades, com o objetivo de demonstrar que já dispomos de obras que abordam o transfeminismo tanto em teoria quanto na prática.

A professora Jaqueline Gomes de Jesus publicou seu livro sobre essa temática em 2014, obra que já incluía um capítulo escrito por um homem trans, André Guerreiro, intitulado “Homens Transexuais Brasileiros e Discurso pela Despatologização da Transexualidade”. O livro conta com a participação de dois homens trans, sendo João W. Nery é o responsável pela contracapa. Observa-se, assim, a presença

da transmasculinidade dentro do transfeminismo já nesse período.

O segundo livro é o "Transfeminismo", lançado por Letícia Nascimento em 2021, pela coleção Feminismos Plurais. Nessa obra, a autora aborda principalmente o transfeminismo de mulheres trans e travestis.

O debate transfeminista é amplamente visibilizado e fomentado por mulheres trans e travestis, mas constitui uma ferramenta política de ação para todas as pessoas trans e não-binárias, incluindo pessoas transmasculinas e pessoas não-binárias. Então, é importante manter essa perspectiva em mente.

## Demandas transmasculinas que podem ser pautadas pelo feminismo

Algumas demandas transmasculinas podem ser incorporadas pelo transfeminismo como estratégia para enfrentar e minimizar essas dificuldades. A transição de "objeto para ameaça", como mencionado anteriormente, exemplifica essa dinâmica: quando reivindicamos essa mudança de posição e nos protegemos contra o racismo e a transfobia, estamos aplicando o transfeminismo no contexto das transmasculinidades.

Compreender a importância da interseccionalidade é fundamental. Ao abordar as transmasculinidades negras, evidencia-se que as transmasculinidades não constituem uma categoria única e homogênea, mas sim plural e diversificada. Existem transmasculinos e homens trans de diversos tipos e de diversas maneiras. Entender que essa diversidade é importante

para que possamos nos proteger, demandar políticas públicas e nos socializar entre si.

Outra perspectiva é a questão do cuidado e do envelhecimento da população transmasculina. O professor Benjamin Braga, em sua tese de doutorado foca justamente nesse tema. Como os homens trans e as pessoas transmasculinas estão envelhecendo? Será que estão conseguindo envelhecer com dignidade? Como tem sido esse processo de envelhecimento?

Os direitos sexuais e reprodutivos, tema no qual aprofundarei mais adiante, também são fundamentais para compreendermos como os homens trans e as pessoas transmasculinas estão acessando a gravidez. Estão engravidando com dignidade? Como está sendo realizado o pré-natal? Essas são questões essenciais nesse contexto.

O debate sobre as pessoas trans nos esportes, especificamente relacionado às transmasculinidades, é um tema amplamente invisibilizado. Este é um dos exemplos da invisibilização histórica das transmasculinidades, em que o debate permanece centrado, mais uma vez, nas mulheres trans e travestis.

A lacuna em que os homens trans se encontram dentro dessa perspectiva esportiva torna-se evidente quando começamos a discutir o assunto e percebemos que há muito pouco material sobre esse debate. Isso acontece mesmo sabendo que existem atletas homens trans no alto rendimento dos quais a sociedade sequer tem conhecimento, inclusive vencendo competições e ganhando lutas.

Para exemplificar, podemos citar Patrício Manuel, homem negro trans americano que venceu três lutas oficiais de boxe

contra homens cisgêneros, fato que permanece desconhecido para a maioria das pessoas. Existe, portanto, uma invisibilização evidente nesse contexto.

O incômodo relatado por Cauê Assis, que defendeu sua dissertação de mestrado recentemente, aborda justamente essa questão: a dificuldade de se entender enquanto transfeminista. Existe uma discussão em que muitas pessoas se mostram incomodadas quando uma pessoa transmasculina se reconhece como transfeminista. Isso decorre da compreensão de que o feminismo seria destinado às mulheres, enquanto o transfeminismo, na realidade, é direcionado a todas as pessoas e identidades trans possíveis.

Então, o que é o transfeminismo nas transmasculinidades? Ele constitui uma das perspectivas específicas dentro do transfeminismo, direcionada às demandas, implicações, agendas, percepções e experiências da vivência transmasculina.

Trata-se, portanto, de uma epistemologia centrada no panorama transmasculino que abrange questões relacionadas aos direitos civis e à cidadania, à saúde de homens trans e transmasculinos em geral, aos direitos sexuais e reprodutivos dessa população, além de demandas concernentes à violência que as transmasculinidades podem sofrer, às lacunas e ao não-lugar nas discussões sociais, e aos relacionamentos que envolvem homens trans e transmasculinos.

O conceito de transfeminismo nas transmasculinidades é bastante amplo, perpassando também pelas questões de cidadania cotidiana dos homens trans.

Algumas questões específicas que se relacionam mais proximamente ao transfeminismo no contexto amplo incluem:

a gestação paterna, termo utilizado quando o homem trans ou a pessoa transmasculina engravida, justamente para desconstruir a ideia de que apenas a feminilidade/mulheridade pode gestar; a violência obstétrica; a autonomia reprodutiva; o estupro; o aborto; e o debate sobre pessoas que menstruam. Todas essas questões visam à livre construção autônoma do corpo, que muitas vezes não acontece devido às dificuldades mencionadas.

Adentrando nas questões que me propus a abordar, existe uma grande preocupação em relação ao protocolo de saúde trans que rege a saúde trans no Brasil atualmente: a Portaria do Processo Transexualizador. Este ainda segue um modelo de castração química, pois, ainda hoje, não reconhecemos que a diversidade e a pluralidade das maneiras como as pessoas trans interagem e vivenciam suas identidades mudaram significativamente.

Por que abordei tanto a questão da gestação paterna? Porque existem, hoje em dia, casais trans: mulheres trans e homens trans que se relacionam, formam família e geram filhos e filhas. O modelo atual da portaria não permite essa realidade, pois segue uma lógica cisheteronormativa. É como se a mulher trans fizesse a transição e como se ela não pudesse gerar e como se o homem trans também não pudesse ter filhos nem gerar. Embora isso não esteja explicitamente escrito na portaria, está implícito nas entrelinhas.

Essa abordagem acaba reforçando a ideia equivocada de que as corporalidades trans estariam “imitando” ou “querendo ser” corpos cisgêneros, o que é uma mentira. Atualmente, já temos diversas possibilidades de pessoas que não podem ou

não querem fazer modificações corporais e ainda assim se identificam como pessoas trans.

O modelo cisheteronornativo vigente busca sempre perspectivas da heterossexualidade, como se pessoas trans não pudessem ter orientações sexuais diversas. Na realidade, existem pessoas trans que são bissexuais, homossexuais, pansexuais, assexuais, e há uma grande invisibilização de toda essa diversidade.

Participei do grupo de trabalho no Ministério da Saúde que construiu o PAES POP TRANS — Política de Atenção Especializada à Saúde da População Trans. Ele é o novo modelo de protocolo de saúde trans que nós estamos esperando que saia, porque ainda está engavetado. Durante quase dois anos, este grupo multidisciplinar (médicos, profissionais de saúde, pesquisadores, ativistas) desenvolveu material abrangente.

O retorno foi a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) proibindo pessoas trans menores de idade de acessar cuidados do protocolo de saúde trans no Brasil, decisão que recebemos com tristeza pelos prejuízos à saúde mental de crianças e adolescentes.

Então, é, mais uma vez, a gente sendo atravessado por instâncias superiores. E estamos na expectativa de que o Protocolo PAES POP TRANS saia, pelo menos com as diretrizes que demos, e não vislumbrando outras ideias que reforcem o cissexismo ou a cisheteronormatividade.

No Brasil, não existe protocolo no Sistema Único de Saúde (SUS) para reprodução assistida direcionada a pessoas trans. Os modelos existentes pensam primariamente em casais heterossexuais, com alto custo financeiro e perspectiva

cisheteronormativa. Exemplo: Thammy Miranda e sua namorada realizaram inseminação no exterior, pois este é um procedimento caro, que ainda hoje muitos não conseguem fazer aqui no país de maneira gratuita pelo SUS.

Homens trans e pessoas transmasculinas, especialmente aqueles que retificaram nome e sexo nos documentos, podem encontrar dificuldades para acessar aborto legal após violência sexual. Estou me referindo aqui ao aborto legal, embora outras modalidades de aborto também pudessem ser consideradas, mas focando principalmente naquele que é legalizado no Brasil.

Assim, refletimos sobre como os homens trans e pessoas transmasculinas estão acessando esses serviços. Estão conseguindo acesso? Ou enfrentam barreiras? Esta é uma grande lacuna sobre a qual nos questionamos, justamente devido à leitura social mencionada anteriormente, uma vez que se espera que apenas pessoas com outras corporalidades — especificamente mulheridades — acessem esse tipo de procedimento.

Para fechar esse quadro, trago a questão relacionada à terminologia "pessoas que menstruam", que, se não me engano, gerou uma ampla discussão no final de 2023, principalmente nas redes sociais. É importante compreender que pessoas que menstruam não representam apenas uma única possibilidade identitária, mas, sim, diversas possibilidades de pessoas que podem vir a menstruar, fazer uso de absorventes e que experienciam a pobreza menstrual.

Portanto, essa diversidade precisa ser visibilizada para que não venhamos a naturalizar violências contra corpos que já são vulnerabilizados pela própria estrutura social. Deste modo,

homens trans, pessoas transmasculinas, pessoas intersexo, pessoas não binárias podem fazer uso de absorventes e podem menstruar. Isso precisa ser cada vez mais visibilizado para que violências contra esses corpos não sejam naturalizadas.

Vou apresentar alguns exemplos de possibilidades de leitura, tanto revistas quanto livros que têm abordagem transfeminista — alguns são transfeministas, outros são transfeministas das transmasculinidades — para visibilizar esses saberes e conhecimentos, para que vocês possam buscar, ler e se interessar por esse tema.

Primeiro, trouxe a revista "Estudos Transviades", uma revista escrita exclusivamente por pessoas transmasculinas do Brasil. É uma revista digital gratuita que publica apenas textos de pessoas transmasculinas e homens trans — uma publicação muito importante.

O site Transfeminismo é um site bastante antigo, criado pela Hailey Kaiser junto com as pesquisadoras que mencionei anteriormente: Hailey Kaiser, Viviane Vergueiro e Bia Pagliarini. É uma plataforma muito importante, com diversas notícias sobre pessoas trans e travestis, além de abordar extensivamente o transfeminismo.

Também trouxe meu livro, "Transgeneridade e Esporte para além do cissexismo", lançado em São Paulo (Metanoia, 2024). Por que falar de esporte tem a ver com transfeminismo? Porque o acesso ao esporte é importante para cuidar da saúde, e o cuidado com a saúde tornou-se muito precarizado quando falamos de pessoas trans.

Cuidar da saúde através do movimento e da atividade física é algo pouco discutido, mas é um direito

garantido na Constituição. Todos nós temos o direito de acessar a atividade física e o esporte. Então, neste livro, desmistificamos toda essa ideia equivocada da suposta vantagem das mulheres trans. É um livro que contesta essas perspectivas, escrito e organizado por mim, exclusivamente com contribuições de pessoas trans e intersexo de diversas áreas do conhecimento. É uma obra transcentrada que oferece essas reflexões.

Outros livros também organizados por pessoas transmasculinas incluem "Corpos Transitórios: Narrativas Transmasculinas" (Devires, 2021), de Bruno Pfell, Nicholas Putnick e Nathan Victoriano, que trazem narrativas das transmasculinidades brasileiras.

"Estudos Transviades: Masculinidades Outras" *(*Sexo da Palavra, 2023*)*, que tem cinco autores na organização: Bruno Pfell, Tchelo Pfell, Daniel Brito, Nicholas Putnick e Tarsilo Henze. Tenho um capítulo nesse livro, no qual conto a história política das transmasculinidades do Brasil — um outro tipo de estudo que também venho desenvolvendo.

Já no livro "Transmaculinidades Negras - narrativas plurais em primeira pessoa" (São Paulo. Ciclo Contínuo Editorial, 2021), que aborda a perspectiva das transmasculinidades negras, foi organizado por mim, Bruno Santana e Vércio Conceição — ambos professores baianos. Nesta obra, nós trazemos as perspectivas das transmasculinidades negras brasileiras e apresentamos diversos temas abordados por 22 autores transmasculinos negros, que falam sobre gestação, sobre a experiência das transmasculinidades no Brasil, sobre religião e sobre a vivência no cárcere. É um livro amplo, que

aborda diversos assuntos escritos por pessoas transmasculinas negras.

Trouxe também dois artigos que ajudei a construir. Este é sobre a questão da amamentação — "A experiência e significado de homens trans sobre a questão da amamentação à luz da teoria das representações sociais"[2]. O artigo aborda as questões relacionadas à amamentação de homens trans.

Esse último, "Corpos transmasculinos negros em intersecções estéticas"[3], é uma entrevista na qual falo um pouco sobre corporeidades — como as corporeidades transmasculinas e a estética se relacionam, como a construção desse corpo transmasculino, principalmente o negro, é elaborada. Abordo também um concurso que aconteceu e que acredito que terá uma nova edição no final do ano: o Mister Trans, que é o primeiro concurso de Mister Trans do Brasil voltado para pessoas transmasculinas. Participei do primeiro e do segundo como observador, e nesta entrevista falo um pouco sobre esse concurso e também sobre o debate que ocorreu no esporte.

Para finalizarmos, gostaria de trazer uma reflexão sobre a necessidade de a intelectualidade heteronormativa que se preocupa com os direitos humanos adotar um lugar de escuta em relação ao outro lado que, apesar do silêncio e do silenciamento sistêmico, fala, escreve e pesquisa e não é reconhecido.

Por isso, trouxe esses livros e artigos para que possamos também ver o outro lado. Vemos muitas pessoas cis que têm boa

2 Ver em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HFp6X6M8PzRxbCzK6vn9XHM/?6format=pdf&lang=pt

3 Ver em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rt9WVBYBGZdvJZZVjFZ68Hh/?lang=pt

intenção e que estudam e pesquisam sobre transgeneridade, mas é importante que também leiamos pessoas que estão dentro desse grupo — pessoas que falam em primeira pessoa, que também são pesquisadoras, estão atuando há tempo e precisam ser reconhecidas nesse lugar. Então, dialogar *com* é muito melhor e mais interessante do que dialogar *para*. Queremos sempre dialogar *com*.

O artigo que é a base da minha fala é o "Transfeminismo das Transmasculinidades: Diálogo sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos de Homens Trans Brasileiros", publicado na Revista Brasileira de Estudos da Homocultura em 2023.[4]

Para finalizar, homenageio Alessandra Ramos Makkeda, querida amiga que faleceu em 2023. Ela era uma transfeminista negra, uma grande amiga, e toda vez que falo sobre transfeminismo, trago sua memória para que o legado que ela deixou não seja apagado, nem silenciado.

## REFERÊNCIAS:

PEÇANHA, Leonardo Morjan Britto; JESUS, Jaqueline Gomes de; MONTEIRO, Anne Alencar. **"Transfeminismo das transmasculinidades: Diálogos sobre direitos sexuais e reprodutivos de homens trans brasileiros"**. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, v. 6, n. 19, 2023, p. 90-104. Disponível em https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/15787/12374.

4 Ver em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/15787/12374.

# APRESENTAÇÃO DO AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

**Tatiani Fereguetti**[1]

O objetivo de minha fala hoje é apresentar brevemente o histórico do Ambulatório Multiprofissional Especializado no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes, também conhecido como Ambulatório Trans Anyky Lima. Apresentarei um pouco dessa trajetória de muita luta, mas que nos enche de orgulho. Desde sua inauguração, esse serviço tem sido um farol de esperança e cuidado para a população trans aqui em Minas Gerais, promovendo saúde e dignidade.

---

1 Graduada em medicina pela Universidade José do Rosário Vellano, em Minas Gerais, Infectologista Mestre em Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Gestão e Excelência Operacional Lean Six Sigma pelo Hospital Albert Einstein. Gerente assistencial e diretora técnica do Hospital Eduardo de Menezes desde 2019. Coordenadora de atenção às IST/AIDS e hepatites virais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte de 2015 a 2019.

## Inauguração e Contexto Histórico

Inaugurado no dia 23 de novembro de 2017, o ambulatório foi o primeiro de Belo Horizonte e o segundo ambulatório no Estado de Minas Gerais, pois já existia um no Triângulo Mineiro. Ele veio preencher uma lacuna importante na rede de saúde de Belo Horizonte e de Minas Gerais.

Para contextualizar essa história, é importante mencionar que já fui coordenadora da Saúde Sexual e Atenção às Infecções ISTs e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Essa história começou a partir de uma audiência pública de saúde LGBT na qual eu estava compondo a mesa, assim como um dos gestores do Hospital Eduardo de Menezes.

Historicamente, a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) é uma porta de entrada para a rede de saúde para a população LGBTQIAPN+. Apesar de termos feito muitos esforços legítimos para descolar uma pauta da outra — que têm suas interseções, mas precisam caminhar em paralelo — ocupando esse lugar, acabamos sentindo o tamanho da responsabilidade que é ser essa porta de entrada e porta-voz da pauta de Saúde e Diversidade dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante essa mesa, existiu um debate acalorado sobre por que não existia ainda um ambulatório trans estruturado aqui em Belo Horizonte. A esse respeito, na verdade, passamos por diversas fases: alguns serviços quase abriram, outros começaram e depois fecharam. Tínhamos alguns especialistas que atendiam pontualmente, mas nenhum serviço estruturado

do ponto de vista multidisciplinar para atender a população trans no Processo Transexualizador.

Saindo dessa plenária, conversando com Dr. Dario Ramalho, gestor do Hospital Eduardo de Menezes no período, surgiu a ideia: por que não implementar um serviço integrado no Hospital Eduardo de Menezes? A diretora do hospital na época, Dra. Thaysa Drummond, e outras pessoas se sensibilizaram prontamente e se dispuseram a encabeçar esse desafio: estruturar o ambulatório especializado no processo transexualizador dentro do HEM.

A partir daí, começamos uma trajetória muito dialogada com o movimento social. Enfrentamos algumas dificuldades, preconceito e discriminação pelo fato do ambulatório estar sediado dentro do Hospital Eduardo de Menezes, mais uma vez associado a outras questões historicamente estigmatizantes. Mas nada disso nos abateu. Os profissionais de saúde se dispuseram prontamente a fazer isso e, rapidamente, o ambulatório passou a ser uma grande referência na produção do conhecimento e no acolhimento às pessoas trans.

## Abrangência e Crescimento Inicial

No começo, como tudo era experimental e não existia uma estrutura bem desenhada, atendíamos por demanda espontânea. As pessoas interessadas no atendimento ligavam no ambulatório para agendamento. Rapidamente, essas agendas ficaram saturadas, o telefone ficou intransitável, ninguém conseguia mais ligar para o Hospital para fazer os agendamentos.

No final do primeiro ano, 2017, contabilizamos duas mil consultas realizadas, mais de 200 pessoas atendidas, sem uma regionalização ou regulação pactuada. Atendíamos todo o estado de Minas Gerais e, inclusive, muitas pessoas de outros estados: Bahia, Distrito Federal, Rio de Janeiro.

## Composição da Equipe

A composição do ambulatório observa os parâmetros da portaria do Ministério da Saúde. É composta por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, formada por:

- Psicologia e Psiquiatria: oferecem suporte para a saúde mental e bem-estar emocional
- Médicos Endocrinologistas, Ginecologia e Sexologia: responsáveis pela orientação e acompanhamento no processo de hormonização
- Serviço Social: desempenha papel fundamental no acolhimento e apoio às resoluções de questões sociais e de acesso a direitos
- Enfermagem: responsável pela orientação, acompanhamento e apoio à hormonização

No ambulatório, fazemos um cuidado individualizado para cada paciente, acolhendo sua história, entendendo suas demandas, seu ponto de partida e o ponto desejado de chegada — que não é igual para todos. A partir disso, a equipe constrói um plano terapêutico individualizado e centrado na pessoa.

## Regulamentação do Acesso

Construímos esse legado de apoio ao processo identitário, com ou sem apoio hormonal. Rapidamente, pessoas do movimento social, e também individualmente, manifestaram o quanto aquele espaço era um lugar de pertencimento, de afirmação de suas identidades, dignidade e existência.

Logo após esse início, ficamos com um agendamento bastante caótico, com uma fila que nem sabíamos o tamanho, de pessoas que tentavam ligar, agendar e não conseguiam. Durante algum tempo, fizemos conversas com o município de Belo Horizonte e com as secretarias municipal e estadual de Saúde na busca de uma solução acerca da organização da demanda e do fluxo para o acesso ao atendimento ambulatorial.

Entendeu-se que precisaríamos regular essa fila para o município se apropriar do tamanho da demanda, garantir um princípio básico do Sistema Único de Saúde (SUS) — a equidade —, dar a mesma oportunidade de acesso para todas as pessoas e garantir acesso prioritário às pessoas que mais precisam.

A partir de 1º de dezembro de 2021, esse acesso passou a ser regulado pela Central de Marcação de Consultas de Belo Horizonte. Essa mudança significou um importante passo para a organização do fluxo dos agendamentos. Devolvemos para a atenção primária aquilo que é competência da atenção básica, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e princípios do SUS, e a partir daí o paciente é regulado para o serviço especializado.

Esse foi um marco importante na história do ambulatório, onde resgatamos princípios importantes do SUS e garantimos que o município e o Estado se apropriem do tamanho dessa demanda, que em muitos municípios ainda é invisível.

## Processo de Solicitação de Atendimento

Atualmente, para solicitar atendimento no ambulatório, o caminho é procurar uma unidade básica de saúde próxima à residência e solicitar encaminhamento para o processo transexualizador. O próprio centro de saúde cadastra o paciente numa agenda de regulação. O médico regulador em Belo Horizonte analisa o caso relatado e, de acordo com os critérios de priorização elencados pela secretaria, as consultas são agendadas, gerando uma fila de espera por ordem de prioridade.

O mesmo vale para municípios do interior. Alguns municípios têm pactuação com Belo Horizonte, e esses pacientes são também regulados por esse mecanismo, independente da cidade onde a pessoa mora. A partir da primeira consulta, a pessoa está vinculada ao serviço, e os retornos são agendados por nós no hospital.

## Avanços Estruturais e Ampliação

Tivemos uma trajetória de avanços estruturais e ampliação do serviços do ambulatório. Começamos com o ambulatório funcionando pela manhã às quintas-feiras. Rapidamente, tivemos necessidade de ampliar para 12 horas de atendimento na quinta-feira, depois passou a ser às quartas e quintas. Hoje, temos atendimentos trans todos os dias da semana.

Tivemos que ampliar a oferta de primeira consulta. Começamos ofertando quatro primeiras consultas, depois foram oito e, por fim, 12 primeiras consultas por semana. Também geramos ampliação dos horários de funcionamento, redução de espera, garantindo acesso mais rápido e atendimento priorizado conforme os critérios elencados na nota técnica, garantindo agilidade para os casos mais urgentes e prioritários.

Essa agilidade é fundamental para conseguirmos garantir também longa e boa expectativa de vida para pessoas trans. Esses critérios são todos levados em consideração na priorização.

Esses avanços estruturais refletem o compromisso do ambulatório em proporcionar um atendimento cada vez mais abrangente e acessível, alinhado às necessidades da população trans. Não foi e não é fácil. Começamos aproveitando a agenda de profissionais que já estavam fazendo outras coisas, atendendo outras frentes, que toparam o desafio. Conseguimos crescer a equipe, torná-la robusta e estruturada, mas sempre somos atravessados por períodos de rotatividade de profissionais.

Encontrar profissionais no mercado que estejam preparados e dispostos a fazer esse atendimento também não é simples. Esses desafios nos atravessam de tempos em tempos.

## Habilitação no Ministério da Saúde

Em 2023, fomos contemplados com a habilitação no Ministério da Saúde. Conforme a portaria do próprio Ministério, o pleno funcionamento do serviço é pré-requisito para que seja habilitado. Já estávamos funcionando há alguns anos quando conseguimos, por fim, essa habilitação.

Isso foi um marco muito importante para o ambulatório, porque é um reconhecimento nacional que formaliza e valida a importância e qualidade do serviço, além de garantir que o Ministério da Saúde pague por esse serviço.

De 2017 até 2023, essas consultas e toda a estrutura instalada para o atendimento do ambulatório eram a fundo perdido, investimento da própria Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), sem nenhum reembolso ou remuneração pelo Ministério da Saúde, pelo fato de não estar habilitado. Com a habilitação, passamos a promover sustentabilidade financeira para a existência do ambulatório e fortalecimento do cuidado, reforçando o compromisso com o atendimento especializado e contínuo da população trans.

## Dispensação do Apoio Hormonal

A dispensação do apoio hormonal foi outro grande desafio. Escalamos essa montanha com muita bravura — demorou muito tempo e foi um desafio muito grande conseguir dispensar esses hormônios.

A partir de dezembro de 2024, começamos a ofertar os hormônios para o apoio hormonal masculinizante e bloqueador androgênico. O hospital comprou esses hormônios com recursos próprios inicialmente, e também com incentivo de emenda parlamentar. O que o Ministério da Saúde paga pelo tratamento hormonal não é suficiente para suprir essa despesa.

Optamos por padronizar medicamentos de ponta, de última geração, que garantem conforto e efetividade para os pacientes. Pensamos muito nessa escolha e padronização, que também foi um processo moroso, porque precisava de muita

fundamentação técnica. Por outro lado, temos escassez tanto na literatura internacional quanto nacional em relação a diretrizes do que usar.

A partir do começo deste ano, começamos a dispensar também o apoio hormonal feminilizante, que foi uma grande conquista. As escolhas terapêuticas que fizemos foram escolhas de última geração, utilizadas em serviços de ponta.

Os benefícios dessa dispensação hormonal são inquestionáveis:

- Promoção do alinhamento físico-identitário;
- Redução da disforia de gênero;
- Melhora da saúde mental e bem-estar;
- Empoderamento pessoal e autoestima;
- Promoção da inclusão e garantia de oportunidades sociais e de emprego; e
- Promoção de maior conforto para habitarem seus corpos adequados à identificação de gênero.

## Dados e Resultados

Temos poucos dados estruturados. O sistema de gestão hospitalar e prontuário eletrônico que usávamos não permitia muitas emissões de relatório, então tudo era muito artesanal. Todo esse trabalho de compilação de dados era feito de forma artesanal e com muita dedicação desde 2017, com registros cuidadosos, mas mudamos recentemente o sistema de prontuário eletrônico para o TASY e teremos relatórios mais robustos e fidedignos.

Quanto aos impactos e resultados que temos até agora (dados atualizados em abril de 2025):

- Mais de 1.446 pessoas atendidas,
- Proporção estimada: 50% homens trans, 45% mulheres trans, 3% pessoas não binárias, 2% travestis, menos de 1% pessoas cisgênero

Esse é um legado de cuidado, inclusão e respeito à dignidade humana.

## Depoimentos dos Pacientes

Na voz dos nossos pacientes, essas falas foram extraídas de uma reportagem da Agência Minas e são nossa força motriz, nossa mola propulsora de cada dia, o que nos motiva a enfrentar todas as dificuldades e continuar resistindo, ofertando da melhor forma possível a assistência.

**Dan**: "Cheguei aqui me sentindo frágil, comecei a estabelecer um círculo social quando iniciei meu tratamento, a partir daqui fiz amizades. Por mais que eu fantasiasse um atendimento humanizado, o que encontrei aqui superou todas as minhas expectativas e o ambulatório trans me mostrou o quanto eu tinha o direito de ser feliz."

**Nara**: "Tudo mudou na minha vida quando passei a frequentar o ambulatório e, a partir daí, soube quais eram os meus direitos e como exercê-los. O ambulatório também me ajudou a lidar com situações de discriminação, entender quem eu era, formando uma rede de referência".

Somos muito mais do que um ambulatório multiprofissional especializado no processo transexualizador. Somos uma equipe, uma família, um lugar de pertencimento, promotores de cidadania e inclusão na sociedade.

## Reconhecimentos e Desafios Futuros

Em 2019, o Ambulatório Trans recebeu o Prêmio Direitos Humanos e Cidadania, concedido pelo Centro de Luta pela Livre Orientação Sexual de Minas Gerais (CELLOS/MG), por ser esse lugar de acolhimento e promoção de direitos.

No aniversário de dois anos do ambulatório, no ano de 2019, anunciamos que nos preparávamos para fazer as cirurgias de adequação de gênero. Começou ali uma grande saga. Após 2020, fomos impactados por quase três anos de pandemia e, depois disso, uma trajetória de tentar estruturar isso com equipe especializada.

Temos um mercado esvaziado de anestesiologistas, grande dificuldade de contratação de cirurgiões especializados no tema e dispostos a fazer os procedimentos. Ainda assim, já fizemos quatro procedimentos cirúrgicos de mastectomia masculinizante, e estamos pleiteando com o Ministério da Saúde a habilitação na modalidade hospitalar, tentando buscar esses profissionais no mercado de trabalho para conseguirmos dar essa resposta.

Encerro com uma homenagem à Anyky Lima, que concedeu ainda em vida seu nome para o ambulatório, não por escolha dela, mas por escolha do movimento social para homenageá-la. Destaco uma fala dela de uma entrevista que reflete muito sua luta e também a história do ambulatório:

“Eles me querem morta, mas eles esqueceram que eu sou uma semente”.

A semente plantada germina, vive, renasce. Estamos sendo semente desde 2017, e vamos seguir nessa luta para fazer o melhor possível, sendo esse lugar de promoção de humanidade e dignidade.

IGOR

# SAÚDE TRANS: AUSÊNCIAS E POSSIBILIDADES

**Túlio Raquel Penido**[1]

## Introdução

O presente capítulo tem como proposta analisar os desafios e as possibilidades no acesso à saúde para pessoas trans e travestis, considerando dados, pesquisas, experiências e reflexões sobre o papel do Estado na promoção de políticas inclusivas.

Por ser uma pessoa trans masculina e não-binária declaro, desde já, que meus conflitos de interesse na área são totais. Minha atuação e escrita são diretamente atravessadas por vivências pessoais, experiências profissionais, pesquisas, entrevistas e estudos sobre o tema.

Este assunto me afeta diretamente — de forma simbólica e concreta —, e por isso não faz sentido fingir qualquer neutralidade. Venho de uma cidade do interior, marcada por fortes traços de conservadorismo. Esse pano de fundo

1 Médico pela UniBH, residente em Clínica Médica pelo Hospital da Baleia, inscrito no CRM-MG 92481. Atuou como referência psiquiátrica no serviço de saúde mental do CERSAM Noroeste e Venda Nova e como clínico no Cruzeiro Esporte Clube. E-mail para contato: t.r.penido@gmail.com

influencia tanto o olhar crítico sobre questões sociais quanto a compreensão das barreiras culturais que se colocam diante das normas de gênero hegemônicas.

## Dados sobre o acesso à saúde da população trans e travesti

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que:

> "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988).

No entanto, entre o que está escrito e o que se vivencia há um abismo: nem todas as pessoas acessam esse direito de forma efetiva e o Estado, frequentemente, falha em garantir atendimento de qualidade e inclusivo, especialmente para populações vulnerabilizadas.

As estatísticas revelam um cenário de exclusão persistente: 58% das pessoas trans relataram dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Costa *et al.*, 2018). O mesmo estudo demonstrou ainda que 43% das pessoas trans entrevistadas afirmaram evitar buscar atendimento médico pelo simples fato de serem trans. Em levantamento feito pela ANTRA, esse percentual subiu para 62%, indicando um agravamento do problema (Antra, 2023).

Entre aquelas que conseguem chegar até um serviço de saúde, 59% deixam de retornar após sofrer preconceito

ou discriminação (Antra, 2023). Esse distanciamento não se restringe a consultas eletivas ou a procedimentos ligados à transição de gênero. Ele também interrompe o acompanhamento de doenças crônicas, exames preventivos, vacinação e até o tratamento de condições agudas que poderiam evoluir para quadros graves.

No conjunto, 85% das pessoas trans acabam se afastando do sistema de saúde em algum momento devido à discriminação sofrida (Antra, 2023). Paradoxalmente, estudos apontam que 70% a 80% dos profissionais de saúde – incluindo médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e enfermeiros – se consideram minimamente preparados para lidar com esse público (Antra, 2023). Contudo, a definição de "preparo" aqui se limita ao conhecimento básico de convivência e acolhimento, sem envolver compreensão aprofundada das necessidades específicas de saúde trans. Como consequência, 70% a 80% das pessoas trans relatam ter que explicar ao profissional o que significa ser trans e descrever suas experiências e necessidades, evidenciando lacunas na formação técnica e humanística dos profissionais (Silva *et al.*, 2022).

Esses dados reforçam que não faltam informações quantitativas sobre a demanda, mas sim acolhimento e escuta qualificada. O processo de acolhimento consiste em ouvir atentamente as necessidades de cada paciente, compreendendo sua história, contexto social e demandas individuais. Sem essa escuta, políticas públicas e intervenções de saúde podem ser imprecisas e até insuficientes, abordando apenas parcialmente as necessidades reais dessa população.

## Ausências na Saúde Trans

Na literatura, as ausências identificadas no sistema de saúde para pessoas transgênero incluem:

- Acesso e acolhimento inadequados, com barreiras institucionais e sociais que desestimulam a procura por serviços (Costa *et al.*, 2018; Rocon *et al.*, 2016; Antra, 2023);
- Formação técnica insuficiente dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades clínicas e psicossociais das pessoas trans (Medeiros *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2017; Rocon *et al.*, 2020);
- Produção limitada de estudos e pesquisas voltados à população trans, dificultando a implementação de políticas baseadas em evidências (Rocon *et al.*, 2020; Medeiros *et al.*, 2023); e
- Desconexão entre políticas públicas e prática na ponta, evidenciando que leis e diretrizes muitas vezes não se traduzem em atendimento efetivo (Rocon *et al.*, 2016; Antra, 2023).

Entre os principais obstáculos ao acolhimento, destacam-se o não reconhecimento do nome social e a discriminação estrutural. Estudos e relatos de pacientes demonstram que situações aparentemente simples — como ser chamado pelo nome social ou pelo pronome correto — têm impacto significativo no acesso e na continuidade do cuidado na saúde (Costa *et al.*, 2018). A falta de respeito a esses elementos básicos da identidade pessoal pode levar a anos

sem acompanhamento médico adequado, com prejuízos à saúde física e mental, independentemente da necessidade de processos transexualizadores ou de tratamento de doenças infectocontagiosas (Antra, 2023).

## Importância da Escuta e do Acolhimento

Considerando os obstáculos analisados, a escuta ativa e o acolhimento são fundamentos essenciais para a promoção de saúde adequada. Perguntas simples, como "qual é o seu nome social?" ou "quais pronomes você utiliza?", geram sensação de pertencimento, segurança e valorização da identidade, impactando diretamente na disposição do paciente em buscar cuidados de saúde (Rocon *et al.*, 2020). Essas práticas, embora simples, ainda são negligenciadas na formação e no cotidiano de muitos profissionais, evidenciando a necessidade de capacitação e de sensibilização contínua sobre o tema (Medeiros *et al.*, 2023).

Relatos de pacientes demonstram as consequências dessa ausência de acolhimento: um homem trans, ao ser chamado pelo nome registrado em seu documento de identidade e não pelo seu nome social, deixou de frequentar serviços de saúde por dois anos, perdendo acesso a exames de rastreio e acompanhamento clínico essenciais (Souza e Pereira, 2015). Esse exemplo evidencia que as barreiras no atendimento transcendem o processo transexualizador e afetam a saúde integral do indivíduo.

## Possibilidades

Apesar das ausências, existem oportunidades concretas para transformação e melhoria do acesso à saúde trans, dentre as quais podemos citar:

- Implementação de protocolos de acolhimento que priorizem o respeito ao nome social e aos pronomes corretos (Rocon *et al.*, 2016);
- Capacitação contínua de profissionais de saúde em relação às especificidades clínicas e sociais da população trans (Rocon *et al.*, 2020);
- Articulação entre políticas públicas e serviços de atenção básica, garantindo que a população trans seja atendida de forma integral e equitativa (Antra, 2023); e
- Geração e utilização de dados confiáveis, obtidos a partir da escuta qualificada, para orientar decisões e aprimorar práticas assistenciais (Medeiros *et al.*, 2023).

O fortalecimento dessas possibilidades depende do compromisso institucional, da formação profissional e da sensibilidade social, criando um ambiente no qual a saúde trans seja reconhecida como direito humano fundamental e acessível a todos os públicos.

## A importância do acolhimento

O desafio central na garantia do direito à saúde para pessoas trans não reside somente na escassez de dados

quantitativos, mas na ausência de uma escuta comunicada e sensível por parte dos profissionais (Oliveira *et al.*, 2017). Escutar, nesse contexto, vai além do simples ato de ouvir palavras: trata-se de compreender profundamente as experiências, necessidades e contextos singulares de cada pessoa.

O acolhimento efetivo implica em um processo de escuta que permite identificar demandas reais, muitas vezes invisibilizadas ou subestimadas em abordagens superficiais que partem do corpo cisheteronormativo como premissa. Quando um profissional de saúde falha em praticar essa escuta ativa, corre o risco de basear o seu atendimento em pressupostos errados, perpetuando lacunas e reproduzindo desigualdades históricas. Além disso, essa falta pode levar à formulação de políticas públicas e protocolos inadequados, que não refletem a complexidade e a diversidade das necessidades da população trans e travestis (Rocon *et al.*, 2020).

Por outro lado, um acolhimento atualizado e humanizado não apenas promove a construção de um vínculo de confiança entre paciente e profissional, mas também permite a coleta de informações qualitativas essenciais para o aprimoramento dos serviços (Medeiros *et al.*, 2023). Essa abordagem integral contribui diretamente para a efetividade da saúde pública, tornando-a mais inclusiva, equitativa e capaz de atender às demandas específicas desse grupo social e historicamente marginalizado (Costa *et al.*, 2018).

## Consequências da Discriminação e Lacunas no Atendimento à Saúde Trans e Travestis

Durante dois anos, J[2] — um dos participantes do estudo de Souza e Pereira (2015) — absteve-se de procurar atendimento médico. Não por falta de necessidade, mas pelo medo constante de ser discriminado ou desrespeitado. Esse afastamento ilustra de forma dramática como barreiras aparentemente simples, como o não reconhecimento do nome social, podem gerar impactos profundos na saúde integral de pessoas transgênero.

Não se tratou apenas da ausência de acompanhamento hormonal ou cirúrgico, nem de doenças infectocontagiosas específicas. Essa interrupção de cuidado resultou na perda completa de exames de rastreio e de monitoramento de saúde geral.

Outro relato pessoal também ilustra essa situação: um homem trans optou por não procurar atendimento médico para tratar de sua saúde física, apesar de reconhecer a necessidade de cuidados, por medo de sofrer preconceito (Souza e Pereira, 2015). Esse comportamento não é isolado: pesquisas recentes indicam que aproximadamente 62% das pessoas trans evitam procurar serviços de saúde mesmo em casos graves, devido ao temor de discriminação (Antra, 2023).

O problema se agrava quando profissionais se mostram despreparados ou relutantes em atender. Outro relato é o de uma psicóloga que negou atendimento alegando não possuir tempo ou aptidão para cuidados específicos de pessoas trans

2 A identificação do participante foi substituída por um nome fictício pela autora deste trabalho, com o objetivo de preservar sua identidade, sem alteração do conteúdo original do relato

(Souza e Pereira, 2015). Essa falta de profissionalismo contribui para que pessoas trans busquem formas informais de cuidado, muitas vezes por intermédio de redes de apoio comunitárias (Costa *et al.*, 2018).

Experiências práticas demonstram que essa realidade é ainda mais crítica em cidades menores ou com menor estrutura de atendimento (Rocon *et al.*, 2016). Por exemplo, em uma cidade interiorana, uma ONG buscou apoio para atendimento de pessoas transgênero porque os médicos se recusaram a fornecer acompanhamento clínico adequado ou prescrever exames via SUS. A falta de articulação entre atenção básica e serviços secundários ou terciários aumenta filas de espera e sobrecarga nos serviços especializados, enquanto cuidados que poderiam ser realizados na atenção primária não são efetuados (Rocon *et al.*, 2020).

Essas situações evidenciam que, embora intervenções informais sejam melhores do que nenhuma assistência, elas não são adequadas nem seguras, e refletem as falhas estruturais do sistema de saúde em atender a população transgênero (Medeiros *et al.*, 2023). Queixas até podem ser registradas na ouvidoria das instituições de saúde, mas a recorrência do problema demonstra que a solução requer mudanças sistêmicas, incluindo capacitação profissional, articulação entre níveis de atenção e respeito integral à identidade de gênero do paciente.

Além disso, ao discutir saúde LGBTQIAPN+, é necessário diferenciar demandas por identidade de gênero e sexualidade, evitando tratar todas as siglas sob a mesma perspectiva (Costa *et al.*, 2018). Cada grupo enfrenta urgências e necessidades específicas, e políticas

públicas e protocolos de atendimento devem respeitar essas individualidades, garantindo respostas adequadas, inclusivas e seguras para cada pessoa.

## Desafios da Patologização e do Binarismo de Gênero

A questão da procura pelo "transverdadeiro" evidencia as limitações impostas pela lógica binária ainda predominante na sociedade (Bento, 2008). A patologização histórica das identidades trans cria um contexto em que o acesso à saúde é diferenciado: pessoas que performam a binariedade conforme os padrões sociais — aquelas cujas características e expressões corporais se alinham à expectativa do gênero binário — tendem a obter maior acesso aos serviços de saúde. Em contrapartida, pessoas que não seguem esses padrões ficam vulneráveis e marginalizadas (Silva *et al.*, 2022).

Apesar de ser uma ferramenta de proteção para procedimentos muitas vezes irreversíveis, o diagnóstico médico deve ser compreendido como um instrumento de acompanhamento e de promoção de saúde e consciência, e não como uma autorização para impor mudanças corporais (Rocon *et al.*, 2018). Todavia, a realidade prática revela falhas significativas na abordagem profissional. Relatos pessoais demonstram que pacientes trans frequentemente se deparam com despreparo técnico e falta de tato por parte de profissionais, inclusive renomados, que tentam impor protocolos ou questionam decisões individuais, ignorando a autonomia do paciente (Oliveira *et al.*, 2017). Situações de imposição de tempo de terapia adicional, consultas com familiares ou questionamento de identidade são comuns, mesmo para adultos

plenamente capazes de tomar decisões informadas sobre seu corpo.

Ademais, a falta de conhecimento técnico específico e de protocolos adequados é generalizada (Silva *et al.*, 2022). Pacientes transgênero muitas vezes precisam questionar os profissionais sobre exames essenciais, como hemogramas e monitoramento hormonal, e, em alguns casos, recorrem a estudos clínicos projetados para pessoas cisgênero — o que evidencia a ausência de pesquisas robustas direcionadas à população trans (Costa *et al.*, 2018). Problemas de dermatologia são um exemplo: pacientes trans enfrentam desafios relacionados à acne, rosácea, crescimento de pelos ou queda de cabelo devido à hormonização. Em contrapartida, quase não existem estudos que indiquem protocolos eficazes ou seguros para esses tratamentos nesse público. A escassez de evidências leva a práticas improvisadas, pesquisas genéricas e lacunas no cuidado especializado (Medeiros *et al.*, 2023).

Essa realidade demonstra que a saúde trans não pode se restringir ao processo transexualizador, uma vez que a população trans também busca atendimento por diversos motivos de saúde, incluindo doenças comuns e cuidados preventivos (Antra, 2023). A ausência de estudos específicos e de protocolos clínicos adequados contribui para barreiras no acesso, amplificando a vulnerabilidade e a necessidade de estratégias inclusivas, seguras e baseadas em evidências (Silva et al., 2022).

## Formação acadêmica para a implementação de políticas públicas em Saúde Trans

A formação acadêmica na área da saúde apresenta lacunas significativas no que diz respeito à população transgênero. Estudos internacionais mostram que, em cursos de Medicina, o conteúdo específico voltado para pessoas trans muitas vezes corresponde a menos de cinco horas em seis anos de graduação, geralmente restrito a grupos de risco para doenças infecciosas, como HIV (Medeiros *et al.*, 2023). Essa limitação evidencia que o conhecimento mínimo exigido para lidar com essa população é insuficiente e fragmentado, concentrando-se em aspectos patológicos e ignorando a complexidade das demandas de saúde trans.

O impacto dessa deficiência na formação se reflete na prática clínica. Profissionais frequentemente afirmam "tratar bem todos os usuários", mas não possuem compreensão aprofundada das necessidades específicas do público trans, confundindo equidade com uniformidade (Oliveira *et al.*, 2017). O atendimento individualizado é essencial, considerando diferenças biológicas, hormonais e sociais, assim como as particularidades do processo transexualizador ou de outros cuidados de saúde gerais (Costa *et al.*, 2018).

Além disso, embora políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+ tenham sido instituídas a partir de 2008 e reforçadas em 2013, a implementação dessas políticas ainda encontra barreiras significativas na ponta. Casos concretos mostram que profissionais comprometidos com o acolhimento e respeito ao nome social enfrentam resistências administrativas,

demonstrando que a política não se efetiva apenas por decreto; é necessária articulação e compromisso contínuo (Antra, 2023).

O acolhimento, a escuta ativa e a participação da população trans na formulação das políticas são elementos centrais para garantir que as ações realmente atendam às necessidades desse público (Rocon *et al.*, 2020). O lema "Nada sobre nós, sem nós" resume essa perspectiva: políticas públicas e protocolos não devem ser construídos sem o envolvimento direto das pessoas trans. A escuta qualificada é o ponto de partida para identificar demandas reais, promover equidade e corrigir desigualdades estruturais, evitando a reprodução de modelos hétero-cisnormativos.

A experiência prática demonstra que, embora existam iniciativas inovadoras, como ambulatórios especializados, o desejo da população trans é por acesso equitativo em serviços gerais de saúde e não a segmentação ou a exclusividade (Rocon *et al.*, 2018). A saúde integral deve contemplar todas as dimensões da vida, incluindo prevenção, cuidados básicos, acompanhamento clínico e aspectos sociais e psicológicos, além do processo transexualizador (Bento, 2008).

Em síntese, a construção de uma saúde trans eficaz requer formação acadêmica inclusiva, implementação consistente de políticas públicas, acolhimento qualificado e participação ativa da população trans em todas as etapas do planejamento e execução. Apenas assim será possível atender às demandas reais, reduzir desigualdades e garantir direitos universais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). População LGBTQIA+ ainda enfrenta barreiras e discriminação no acesso à saúde. *CUT Brasil*, São Paulo, 17 maio 2025. Disponível em: https://www.cut.org.br/noticias/populacao-lgbtqia-ainda-enfrenta-barreiras-e-discriminacao-no-acesso-a-saude-d882/. Acesso em: 31 ago. 2025.

BENTO, B. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 ago. 2025.

COSTA, A. B.; ROSA FILHO, H. T. da; PASE, P. F.; FONTANARI, A. M. V. et al. Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, v. 20, n. 1, p. 115-123, 2018. DOI: https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7.

MEDEIROS, E. S.; OLIVEIRA JUNIOR, J. B. de; LEIRIA, M.; MORETTI-PIRES, R. O.; MELLO, M. M. C. e. A formação de estudantes de Medicina para o cuidado destinado à saúde de pessoas LGBTI+. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 47, n. 3, e108, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.3-2022-0218.

OLIVEIRA, D. P.; BARRETO FILHO, G. G.; JUREMA, I. M. M.; MENDONÇA, R. F.; COSTA, R. C.; MAIA, C. Y. M. A percepção dos profissionais de saúde acerca das dificuldades

dos transgêneros em processo de transexualização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CONBRACIS, 2017, Campina Grande. *Anais [...]*. Campina Grande: Editora Realize, 2017.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. P. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; ZAMBONI, J.; RODRIGUES, A.; ROSEIRO, M. C. F. B. What trans people expect of the Brazilian National Health System? *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.

ROCON, P. C.; WANDEKOKEN, K. D.; BARROS, M. E. B. de; DUARTE, M. J. O.; SODRÉ, F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 1, e0023469, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234.

SILVA, Andriane Ribeiro da; CARDOSO, Denize Pereira; SANTOS, Felícia Martins; et al. O papel do enfermeiro à população trans no acesso aos serviços de saúde na atenção primária. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, e551111134009, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/363261997_O_papel_do_Enfermeiro_a_Populacao_Trans_no_acesso_aos_Servicos_de_Saude_na_Atencao_Primaria. Acesso em: 31 ago. 2025.

SOUZA, M. H. T.; PEREIRA, P. P. G. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto & Contexto*

*Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 146-153, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072015000220014

# DA ADOLESCÊNCIA AO ENVELHECIMENTO

# TRANSGENERIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: EXPERIÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE DE GÊNERO DO HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II

**Dr. Cristiano Túlio Maciel Albuquerque**[1]

Eu era conhecido e, ainda sou, como o "Cristiano do diabetes", da endocrinopediatria, e mais recentemente virei o "Cristiano dos trans". Me orgulho muito de ter esse trabalho. Agradeço à comissão organizadora pelo convite e também por todo o apoio  da Prefeitura de Belo Horizonte ao trabalho que fazemos na Rede Estadual de Saúde. Sou médico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), do Hospital Infantil João Paulo II, Centro Geral de Pediatria (CGP). Esse

1 Doutor Cristiano Túlio Maciel Albuquerque é médico endocrinologista pediátrico pela Universidade Federal de Minas Gerais, preceptor das residências médicas do Grupo Antônio José das Chagas do Hospital Infantil João Paulo II e do Hospital das Clínicas da UFMG. É Vice-Presidente do Comitê de Endocrinologia Pediátrica da Sociedade Mineira de Pediatria, e foi presidente do 15º Congresso Congresso Brasileiro Pediátrico de Endocrinologia e Metabologia (XV COBRAPEM) realizado em Belo Horizonte em 2023. Membro do Comitê Científico de Endocrinologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria.

hospital é a casa de muitos profissionais de todas as áreas da saúde devido à residência multiprofissional. No hospital, temos a residência de endocrinopediatria, da qual fui o fundador e que conta com a parceria junto à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde me formei.

Tive o prazer de ser presidente do 15º Congresso Brasileiro de Endocrinologia Pediátrica (XV COBRAPEM), evento que ocorreu aqui em Belo Horizonte em 2023 e no qual consegui efetivar um dos meus desejos, que foi a presença da convidada internacional, a Dra Sabine Hannema[2]. Sabine é a médica hoje no mundo que mais trabalha com a temática trans na juventude, na infância e adolescência. Ela é originária de Rotterdam, na Holanda, onde começou um ambulatório, e posteriormente foi para a Universidade Nacional de Amsterdã. Hoje, ela coordena o grupo de estudos em transgeneridade na infância e adolescência, além do ambulatório da principal instituição de ensino da Holanda e um dos maiores centros de referência e produção científica do tema no mundo. Todos os grandes consensos, as diretrizes, trabalhos e artigos, bem como o maior número de publicações sobre o tema são do grupo de Amsterdã, encabeçado por ela. A Dra. Sabine, uma pessoa fantástica, palestrou na conferência de abertura do XV COBRAPEM, pois quisemos pautar a importância dessa temática para a comunidade médica, porque mesmo entre os endocrinopediatras ele ainda é um tema pouquíssimo discutido

2 Sabine Hannema, médica e Ph.D., endocrinologista pediátrica na UMC de Amsterdã, na Holanda, coautora da Diretriz de Prática Clínica da Sociedade sobre Tratamento Endócrino de Pessoas com Disforia de Gênero/Incongruência de Gênero e coautora da declaração da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero em resposta à decisão do caso Bell v. Tavistock.

e acolhido. Sua palestra também foi um momento de educação junto aos participantes.

Para iniciarmos, é importante salientar, como estamos afirmando nesse evento, que a transexualidade não é doença mental, não é transtorno. Trata-se de uma condição da existência humana. A nossa definição de identidade de gênero, expressão de gênero é diferente da sexualidade. São processos que acontecem concomitantemente, mas que são diferentes. É necessário trabalhar em prol da despatologização. Muitos podem perguntar o por quê de se ter ambulatório médico, por que precisa de Classificação Internacional de Doenças (CID), Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Então, quando me perguntam isso, se não é doença, por que tem que ir ao médico? Por que tem que ter CID? Porque enquanto profissionais de saúde a gente não trata de doença, não, a gente trata é de saúde. A gente faz prevenção, a gente faz acolhimento. Então, conseguir acolher e apoiar esse sujeito na construção da sua sexualidade, do seu gênero, que é uma dificuldade para muitos, é parte do trabalho do profissional de saúde.

Eu não vejo problema nenhum em oferecer esse equipamento do ambulatório especializado e realizar esse acompanhamento desses pacientes. Para que eles tenham uma saúde integral, o processo requer o acompanhamento junto aos profissionais da saúde mental, da fonoaudiologia, com uma equipe multidisciplinar. É muito importante entender que ir a um ambulatório não é patologizar e isso tem que ser construído junto aos coletivos, pois a gente recebe esses questionamentos. Muitos perguntam a razão porque uma criança, um jovem que

vai se descobrindo hétero, ninguém o leva no ambulatório para discutir sua orientação sexual. Por que quando se trata de um homem cis, ninguém o leva ao ambulatório? Ele é encaminhado à consulta de puericultura[3] que inclui o tema sexualidade no acompanhamento. Os ambulatórios especializados são importantes justamente pela dificuldade que a nossa sociedade tem de tratar sobre sexualidade e acolher junto às famílias. Então, o nosso objeto de trabalho e estudo no ambulatório não é apenas transição, hormônio, cirurgia. O principal objetivo é justamente o acolhimento.

Em termos de prevalência da transgeneridade, não há uma prevalência certa, mas estudos, principalmente americanos, canadenses e europeus, estimam uma transgeneridade na infância muito mais prevalente do que as pessoas imaginam. Nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que 0,7% a 2,7% dos adolescentes se identificam como transgêneros ou não binários. Então, é um contingente significativo e que vem aumentando, pois é uma das manifestações de comportamento da contemporaneidade.

A transgeneridade, mesmo não sendo doença, possui etiologia que se dá no processo de construção da identidade. O bebê na idade de seis a nove meses já consegue, de forma inconsciente, intuitiva e interativa com o meio, perceber diferenças entre o gestual, a voz, e também identificar se aquele que está interagindo com ele é do gênero masculino

3 A puericultura é o acompanhamento da saúde de crianças e adolescentes, desde o nascimento até os 19 anos, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento e prevenir doenças. Trata do cuidado integral que inclui consultas regulares, promoção da saúde, avaliações de crescimento e desenvolvimento, imunizações, orientações sobre alimentação, sono, higiene e prevenção de doenças.

ou feminino. Com o avanço da idade, entre 17 e 21 meses, as crianças já se identificam como meninos e meninas. É um processo que vem praticamente junto com o desenvolvimento da fala, a partir do desenvolvimento em que ele já expressa pequenas frases e palavras com sentido. Dos dois aos três anos de idade, é o início da identidade de gênero, quando a criança já começa a expressar aquele gênero com o qual ela se identificou e os primeiros casos em que se tem a incongruência de gênero, podem acontecer nesta idade. O nosso ambulatório, por pactuação conjunta com a Prefeitura de Belo Horizonte, recebe pacientes a partir de sete anos de idade, mas muitas crianças nessa faixa etária de dois a três anos já são acolhidas para um direcionamento quando são detectadas essas situações e a dificuldade da família em lidar com elas.

A adolescência é um período de intensa mudança física e é quando a gente considera que essa expressão de gênero, essa identidade de gênero, vai ficar marcada de uma forma mais definitiva. Os determinantes biológicos já foram extensamente estudados por linhas mais patologizantes, biologicistas com o intuito de identificar se haveria alguma área do cérebro específica, alguma deformidade, mutação genética, ressonância, algo do campo mais anatômico, e não foi nada descoberto. Então, existem algumas questões de epigenética, genética, que é a expressão de testosterona ou estrogênio, mas não tem nada comprovado, mostrando que é mesmo a identidade de gênero. Nós não acessamos todos os interferentes dessa questão. Pode se ter algumas influências de fatores biológicos, mas não é taxa de hormônio, não é tipo de hormônio, não tem nada a ver com isso. O que se tem notadamente é uma influência do meio, mas,

principalmente, a influência do meio na manifestação dessa expressão, ou seja, em qual idade ela irá acontecer. Uma criança que tem mais liberdade pode manifestar a transgeneridade mais cedo do que outra que tem que lidar com aquele dilema, com aquela descoberta de forma silenciosa.

Portanto, a gente faz não um diagnóstico da doença, mas um diagnóstico da condição humana. Consideramos que a criança tem uma incongruência de gênero na infância quando ela expressa o desejo de ser de outro sexo, quando relata infelicidade com suas características sexuais primárias e as funções sociais esperadas que aquelas características desempenhem, quando possui comportamentos e desejos com gênero diferentes dos atribuídos ao nascimento. Também é relativamente comum uma coexistência em 50% a 70% dos casos com transtornos psicológicos e outras condições de saúde mental, principalmente ansiedade e depressão.

A puberdade é o período em que a transgeneridade se evidencia mais. Na puberdade, com o processo da maturação gonadal, o corpo vai passar por várias modificações, principalmente marcando o início da vida reprodutiva e maturidade sexual. Temos aí a primeira discussão sobre onde o ambulatório da infância e da adolescência atua, que é no bloqueio puberal. O primeiro caso reportado de bloqueio puberal foi de um trabalho holandês de 1998, em que foi usado um bloqueio puberal que a gente já usava na puberdade precoce, com os análogos do GNRH, que também são usados no tratamento de várias outras condições, como endometriose, algumas neoplasias, em que se tem que bloquear os hormônios, mesmo em adultos. Nós já usávamos para o tratamento da

puberdade precoce medicamentos muito bem conhecidos, no caso de crianças com intensa disforia pelo início da puberdade e que já manifestavam uma transgeneridade, seja no caso do homem trans ou  da mulher trans. No caso do menino trans, o crescimento da mama, o início da menarca, ou, no caso da menina trans, o crescimento do pênis, dos testículos, as ereções.

O bloqueio puberal foi utilizado como uma estratégia para pacificar, amenizar o intenso sofrimento causado pela disforia, para dar tempo àquele ser, àquele adolescente, a maioria deles, a partir dos oito anos, no sexo designado ao nascimento feminino, ou a partir dos nove anos, no sexo designado ao nascimento masculino. Dizemos a partir dessa faixa etária, pois é uma faixa de idade muito ampla. Nas meninas cis, essa puberdade vai começar entre 8 e 13 anos de idade, e nos meninos, entre 9 e 14 anos. Portanto, uma vez iniciada a puberdade e quando se identificava que essa puberdade era acompanhada de uma intensa disforia e sofrimento, o bloqueio puberal se mostrou uma estratégia efetiva por possibilitar tempo para que a criança, o adolescente e sua família entendam aquele processo pelo qual estão passando. Importante destacar que a maior parte das ações desse bloqueio puberal são reversíveis. Ele possibilita atrasar o crescimento e regredir aqueles caracteres sexuais que já estão aparecendo, no entanto, uma vez suspenso o bloqueio, o processo retoma da forma como tinha parado, sem impacto reprodutivo, sem grandes efeitos colaterais até então conhecidos naquele momento, que a gente já conhecia da puberdade precoce.

Os critérios de inclusão para o bloqueio puberal[4] são (i) o diagnóstico de disforia de gênero estabelecido, (ii) a puberdade já no estágio 2 de Tanner, pois não se bloqueia antes da puberdade. É importante que se tenha o início da puberdade com o início da ação dos hormônios esteróides, até mesmo para se formar uma genitália e tecido suficiente para, se no futuro, aquele indivíduo quiser fazer uma cirurgia de redesignação, que ele tenha material biológico próprio para que seja feito. Já foi questionado o porquê de não se bloquear antes da puberdade. Não é adequado, afinal a puberdade é importante para o desenvolvimento neurocognitivo. Um adolescente possui capacidades cognitivas maiores que uma criança, que vão se refletir ali nas decisões, na maturidade, na capacidade de resolução de problemas na escola e no aprendizado escolar. A complexidade neuropsicológica está ligada também a essa descarga hormonal. Então, se espera esse início da puberdade, que está no estágio 2 de Tanner, especificamente entre o estágio 2 e o 3 é o momento adequado para realizar o bloqueio, quando geralmente pode ocorrer a disforia. Outros critérios para o bloqueio puberal são (iii) a piora da disforia na puberdade, (iv) a ausência de comorbidades psiquiátricas que possam interferir no diagnóstico, (v) adequado apoio social e psicológico e (vi) o entendimento adequado por parte do paciente e sua família dos riscos e benefícios da terapia, afinal, como toda terapia, há efeitos colaterais possíveis.

4 Conforme disposto em http://wpath.org/publications_standards.cfm . Eurow pean Journal of Pediatrics.2021;180:1349–1357 . J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(11):3869-3903 . J Clin Endocrinol Metab. 2022;107(1):241-257. Pediatr Ann. 2023 Dec;52(12):e462-e466

Os objetivos[5] do bloqueio puberal são: melhorar o bem-estar social e psicossocial; reduzir depressão e ansiedade; melhorar as interações sociais e integração com as outras crianças, principalmente no meio escolar; diminuir a necessidade de cirurgias futuras, à medida em que não se deixa a genitália crescer até um ponto em que aquilo cause uma intensa disforia e até automutilação, como alguns pensam em fazer ou fazem; e reduzir pensamentos ou ações relacionadas à automutilação.

Os protocolos que orientam e definem o passo a passo do bloqueio puberal são muito bem definidos em *guidelines*. Temos o *guideline* da *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, que é uma associação internacional de profissionais multi, não só de médicos, que atuam com pessoas trans. Temos também o *guideline* da Endocrine Society, que, apesar de ser datado de 2017, vem tendo atualizações frequentes e também está para ser revisto. Além desses grandes documentos, temos também diversos outros trabalhos. O Consenso Italiano, que eu particularmente acho fantástico, é muito bom tecnicamente, muito didático, eu sempre passo para os residentes que querem conhecer mais sobre o assunto. Temos também o Consenso do Ministério da Saúde Espanhol sobre Transgeneridade na Infância e Adolescência, que tem o passo a passo desde o diagnóstico, passando pelo acompanhamento, as medidas psicossociais que devem ser tomadas pela equipe

5 Conforme disposto em PLoS ONE.2021;16(2): e0243894; European Journal of Pediatrics.2021;180:1349–1357; J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(11):3869-3903 ; European Journal of Pediatrics.2021;180:1349–1357; Neuropsychiatr Dis Treat. 2023 Feb 28;19:479-493; J Clin Endocrinol Metab. 2022;107(1):241-257 .

multiprofissional, trata sobre bloqueio puberal, hormonização. Temos também o grande cientista Stephen M. Rosenthal, da Universidade da Califórnia, que tem uma grande produção acadêmica, com vários artigos e o próprio consenso com o qual trabalha[6], temos, então, uma ampla bibliografia que embasa o bloqueio puberal e a hormonização.

Em relação aos benefícios desse bloqueio puberal, o trabalho intitulado "Resultados de saúde mental em jovens transgêneros e não binários que recebem cuidados afirmativos de gênero"[7], realizado pela Universidade de Washington, Seattle, foi marcante pois mostra que adolescentes trans apresentam um bem-estar psicossocial pior antes do início do tratamento e, após a supressão da puberdade, apresentam um funcionamento psicológico semelhante em comparação aos seus pares cis. Então, a supressão da puberdade, uma vez que já foi desencadeada, já deu tempo para essa maturação cerebral neurocognitiva. Portanto, essas crianças e adolescentes trans que passam pelo bloqueio puberal não possuem um desempenho escolar ou social pior, muito pelo contrário, eles têm um desempenho até melhor uma vez que

6 ROSENTHAL, Stephen M. Transgender youth: current concepts. Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism, v. 21, n. 4, p. 185–192, 2016. DOI: 10.6065/apem.2016.21.4.185. Neste artigo, Rosenthal apresenta os principais conceitos relacionados ao atendimento de crianças e adolescentes transgênero, discutindo diagnóstico, acompanhamento e intervenções médicas.
ROSENTHAL, Stephen M. Challenges in the care of transgender and gender-diverse youth: an endocrinologist's view. Nature Reviews Endocrinology, v. 17, n. 10, p. 581–591, 2021. DOI: 10.1038/s41574-021-00535-9. O autor analisa os desafios clínicos, éticos e científicos envolvidos no cuidado de jovens trans e de diversidade de gênero, além de discutir os benefícios do cuidado afirmativo e as lacunas de pesquisa existentes.

7 Tradução livre do trabalho *Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender Affirmative Care*

se melhora o sofrimento que sentiam. Outros novos trabalhos demonstram que o tratamento hormonal está relacionado com taxas significativamente mais baixas de depressão, suicídio e automutilação entre jovens transgêneros e não binários.[8] Há uma queda na razão de chance que chega de 30% até 70% nos índices de depressão e suicídio, enquanto é interessante constatar que não houve tanta melhora nos níveis de ansiedade. É justamente nas condições de saúde mental mais graves, como automutilação, depressão e suicídio, que os pacientes submetidos ao bloqueio puberal e à hormonização aos 16 anos demonstraram índices de sofrimento muito menores, que chegam a 73% menos. São esses benefícios na saúde mental que mais nos embasaram para fazer essa prescrição, realizada sempre de forma muito responsável com a avaliação da equipe de saúde mental, observando o quadro de tratamento de longo prazo desses pacientes. Para sua realização, é necessária uma discussão em equipe, bem como a assinatura do termo de assentimento por parte do jovem e assinatura do termo de consentimento por parte dos pais e responsáveis.

Os efeitos colaterais e preocupações, assim como em todos medicamentos, também são estudados e documentados. Há uma série extensa de publicações que indicam hepatopatia, efeitos nefrológicos, efeitos principalmente hematológicos e alérgicos em relação à medicação. Também tem sido estudado os efeitos que esses bloqueadores podem ter no crescimento, na densidade mineral, na composição corporal, fertilidade futura

8 Conforme disposto em J Adolesc Health. 2020 Jun;66(6):699-704; Pediatrics. 2020;145(2):e20191725; Child Adolesc Ment Health. 2021 Feb;26(1):3-14; J Adolesc Health. 2022 Apr;70(4):643-649; J Adolesc Health. 2024 Apr;74(4):801-807

e no desenvolvimento psicológico e cognitivo. Os trabalhos sobre esses efeitos colaterais vem demonstrando, de uma forma geral, que grande parte dos efeitos adversos, como o aumento de hematócrito e trombose, estão ligados à prática da auto-hormonização, do uso de hormônios inadequados e em doses altas, como os contraceptivos habituais, os anticoncepcionais a base de etinilestradiol, das testosteronas adquiridas em mercado paralelo. A alta dosagem e utilização desses produtos inadequados podem desencadear efeitos adversos, principalmente se associados a comorbidades mais comuns nesta parcela da população, como tabagismo, uso e abuso de drogas, obesidade e sedentarismo. Os trabalhos demonstram que, uma vez que a prescrição se dá dentro de protocolos, utilizando os hormônios adequados, mais fisiológicos, com início e dosagens graduais, o índice de efeitos colaterais é muito menor. Ele é praticamente pontual, menos de 1% dos pacientes apresentam efeitos colaterais. Enquanto algumas séries em que são realizados cortes retrospectivos de pacientes que iniciaram a hormonização por conta própria, a taxa chega a 20% de algum efeito colateral importante.

A hormonização, que é a terapia hormonal de adequação ou transição de gênero, é outro procedimento que a gente faz aos 16 anos. Assim como ocorre no bloqueio puberal, para que o paciente seja submetido à terapia hormonal, existe uma série de princípios. É necessário possuir  a condição cognitiva recomendada, tem que haver o assentimento do jovem e o consentimento dos pais, o paciente tem que demonstrar o desejo de iniciar sua transição aos 16 anos de idade mesmo orientado que seria melhor aos 18 anos. A terapia hormonal somente

é iniciada quando a equipe multidisciplinar compreende que aquela medida irá expor aquele jovem a menos riscos. O Protocolo da Endocrinologia Pediátrica para manejo da criança e adolescente transgênero[9] estabelece que o início da terapia no jovem é feito com doses muito baixas, simulando uma puberdade fisiológica. Possuímos protocolos específicos tanto para os homens quanto para as mulheres trans com doses muito baixas e que vão tendo elevações graduais a cada três a seis meses, num processo de transição que perdura por dois a três anos. Então o paciente inicia a terapia na adolescência com seus 16 anos e vai completá-la na vida adulta, já entre 18 e 19 anos de idade. Esse processo é, em sua maior parte, reversível. O que não é reversível, seria no caso de um homem trans que começou o uso da testosterona e a voz começou a ficar com tom mais grave. Esse processo, por conta das mudanças estruturais nas pregas vocais, é parcialmente irreversível. Aquela voz nunca mais vai voltar a ser uma voz aguda, como é a voz feminina. Outra modificação que acontece também no homem trans é a hipertrofia de clitóris devido à utilização da testosterona. A reversão do quadro, caso ocorra uma "destransição" no futuro, somente é possível através de um processo cirúrgico. Importante, no entanto, ressaltar que essas questões são pontuais. Os estudos demonstram que o índice geral de "destransição", ele situa em torno de 1% a 3% dos casos, embora alguns trabalhos mais antigos, quando a gente ainda não tinha os centros de referência muito bem estruturados, cheguem a relatar 30%. Em alguns trabalhos se nomeiam enquanto arrependimento, nós

9 Camilla Balbi. Cristiano T M Albuquerque. Protocolos FHEMIG. 2023.

chamamos de "destransição". Todo o nosso protocolo é baseado em evidências e segue também o disposto em outros trabalhos, como protocolos da Espanha, Itália, que também apresentam as doses utilizadas no tratamento de forma muito detalhada.

Em relação aos dados do Ambulatório de Diversidade de Gênero do Hospital Infantil João Paulo II, abordarei um levantamento preliminar que fizemos. O Ambulatório teve o seu projeto desenvolvido em 2018 e foi implementado em 2020 a partir de uma necessidade real identificada: casos de pacientes que chegavam na endocrinologia, na saúde do adolescente e na pediatria com sintomas de sofrimento relacionado à manifestação da transgeneridade. Foi realizada uma articulação entre a FHEMIG e a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), que é um caso de sucesso, por conta da forma como atua o grupo da Prefeitura, com a Cristiane Hernandes, Fernando Libânio, a Vânia Viotti e todos os responsáveis da Secretaria de Saúde, o Pedro Castro, da Psicologia. Houve essa articulação e entendimento pela criação do ambulatório que também enfrentou muita resistência, diga-se de passagem, porque houve uma mudança política no governo, e, a partir de um certo momento, não era mais do interesse do governo manter o ambulatório. No entanto, o corpo de técnicos, servidores concursados da FHEMIG é que garantiram que o ambulatório acontecesse, pois já não era prerrogativa do governo decidir sobre o seu funcionamento, pois estamos falando de uma política pública de saúde, com controle social e com funcionários efetivos que a fazem acontecer. Então, o ambulatório é 100% vinculado à atenção primária à saúde. O paciente é detectado na escola, na Unidade Básica de

Saúde (UBS), com 100% dos encaminhamentos do Estado de Minas Gerais passando pela Central de Regulação da PBH. Nenhum paciente entra no Ambulatório porque nos pediu, a agenda é totalmente regulada pela PBH e com fluxo de entrada definido. Nele, a atenção primária é quem detecta esse caso junto às escolas, aos agentes comunitários de saúde (ACS), às unidades básicas de saúde e faz esse encaminhamento para o Ambulatório. Temos uma reunião mensal entre as equipes da UBS, da Prefeitura e do Ambulatório em que discutimos todos os casos. Também temos um controle social multidisciplinar muito responsável que acompanha o nosso trabalho. A equipe do Ambulatório é composta por médica de adolescente, endocrinologista pediátrico, psiquiatra, ginecologista, psicóloga, fonoaudióloga, pedagoga e assistente social. Fazemos todo o acompanhamento dos casos e a transição dos pacientes para o ambulatório Anyky Lima, do Hospital Eduardo de Menezes, quando atingem a maioridade.

Desde o início de suas atividades, o Ambulatório atendeu em torno de 250 crianças e adolescentes. Nós fizemos um levantamento recente com os pacientes da endocrinologia, um total de 103 pacientes que estão sofrendo alguma intervenção hormonal nos últimos dois anos (2023-2025). Atualmente, são 52% de mulheres trans, 45% de homens trans e um percentual de 3% de não binário e travestis. Desses 103 pacientes acompanhados pela endocrinologia, hoje nós temos apenas 9,7% com realização de bloqueio puberal, são 10 pacientes em bloqueio puberal em um estado como Minas Gerais, com mais de 20 milhões de habitantes, e o tema gera tanta polêmica. Até hoje, no Brasil, em todos os 15 anos do primeiro ambulatório

trans, da Universidade de São Paulo (USP), menos de 150 adolescentes tiveram sua puberdade bloqueada. Esse é um processo extremamente cuidadoso, cauteloso, conservador, ao contrário do que é vendido por aí, de uma suposta ideologia de gênero em que estamos bloqueando puberdades saudáveis. Para sermos perseguidos, até nós deram nome, nós médicos somos chamados de *puberty blockers*.

Em relação à hormonização desses pacientes da endocrinologia, 77% ocorre nas mulheres trans e 23% nos homens trans. A maioria das mulheres trans está em uso de valerato de estradiol, espironolactona, ciproterona ou adesivos transdérmicos ou injetáveis, como o Mesigyna ou seu genérico. Nos homens trans, a maioria utiliza o cipionato de testosterona, que é o Deposteron, ou Androgel, ou undecilato de testosterona, para aqueles que já chegam na dose plena. A idade média de início da hormonização é 16 anos, mas nós temos pacientes que a partir de 12 anos começaram a usar hormônios por conta própria. Os riscos e efeitos colaterais potencialmente graves ocorrem justamente nessa auto-hormonização. Temos pacientes que chegam usando uma dose muito alta de injeção de Perlutan, que é etinil estradiol, usando até mais de uma vez por semana, a aplicação que deveria ser apenas uma por mês. Há também muitos usos de cipionato de estradiol, de uso veterinário. Chegam vários pacientes utilizando estradiol equino, estradiol para uso em cães, que eles compram facilmente em farmácias veterinárias, com baixo custo, sem receita. É nos grupos de *WhatsApp* e nas redes internas desses pacientes que eles acabam disseminando essas informações dos hormônios, naquela ansiedade de começar uma transição de qualquer jeito,

utilizam inclusive anticoncepcionais orais combinados, que não são adequados. O paciente usa quatro, cinco comprimidos de ciclo 21 por dia, porque acha que vai usar muito, e essa dose alta vai fazer uma transição célere. Então, nós realizamos um trabalho muito mais de pacificação e retirada de medicação, com diminuição de danos do que necessariamente de prescrição hormonal.

A maioria, 82% dos pacientes, referem disforia relacionada ao gênero, 56% deles têm comorbidade psiquiátrica. Ideação suicida são 18% dos pacientes, em 33% isso não foi relatado, mas na pesquisa estimulada isso aparece mais. Em relação à automutilação, 17% dos pacientes chegam ao ambulatório a praticando, o que é um índice alto. Sobre as tentativas de autoextermínio, o dado de 2020 a 2022, 47% dos pacientes que ainda estavam órfãos desse acompanhamento relataram que sim, que já tiveram alguma tentativa de autoextermínio, e já esses pacientes acompanhados de 2023 a 2025, acolhidos no ambulatório, nós tivemos um índice de 14% dos pacientes que ainda tentaram autoextermínio. Estamos preparando um trabalho para publicação que retrata que em todos os índices de comorbidades de saúde mental e psiquiátricas têm demonstrado queda com esse trabalho de acolhimento realizado pelo Ambulatório.

Apesar de todo o trabalho que realizamos e dos bons resultados, ainda lidamos com a resistência e desafios da politização ideológico-partidária, fundamentalismo religioso e as *fake news*.[10] Nesse cenário, temos a figura do deputado federal mais votado na última eleição do país com uma pauta essencialmente transfóbica. Acompanhamos no ambulatório

10 *Fake news* em tradução livre: notícias falsas.

a paciente, extremamente fragilizada, que foi vítima de uma violência de gênero estimulada por ele. A irmã desse deputado, então menor de idade, foi estimulada por ele e filmou uma menina trans acessando o banheiro da escola. Ela e colegas hostilizaram essa menina, falaram "o homem não vai entrar aqui no banheiro da minha escola". A irmã reuniu um grupo na escola, estimulada por ele, filmou, isso foi para as redes sociais, viralizou bastante e mobilizou muito essa opinião pública transfóbica. O deputado responde por esse crime e já foi condenado em primeira instância.

Apresento também o editorial do Partido Novo, que não tem nada de novo, com a opinião oficial do partido em sua página na internet sobre esse tema da transgeneridade. Está escrito "Médicos e ativistas condenam jovens a um caminho sem volta quando os utilizam como cobaias de suas aventuras ideológicas". Segundo esse partido, o que nós estamos fazendo aqui é isso. E ainda escrevem uma série de *fake news*, com dados errados, distorcendo a realidade, como por exemplo, citam o ambulatório da Universidade de São Paulo (USP), o AMTIGOS[11], que é pioneiro e começou há 15 anos o trabalho que hoje seguimos. Eles colocam na página do Partido Novo que "o Hospital das Clínicas da USP já realizou terapia de bloqueio de puberdade em 280 crianças e adolescentes, sendo que 100 deles tinham de 4 a 12 anos de idade", o que é uma narrativa falsa. A verdade é que, em toda a história de 15 anos do Amtigos, foram menos

11 Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS). A unidade de saúde é vinculada ao Instituto de Psiquiatria (IPq), um dos sete departamentos que compõem o Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP). Pioneiro no acolhimento de jovens trans, o ambulatório é referência na criação e aplicação de protocolos de atendimento durante a infância e a puberdade no país.

de 100 crianças e adolescentes que passaram pelo bloqueio puberal. O número de 280 crianças é o número total de crianças e adolescentes que acompanham. Ademais, não existe isso de bloqueio puberal de crianças de 4 a 12 anos de idade.

O Amtigos chegou a passar recentemente por uma CPI[12] na Assembleia Legislativa de São Paulo. Uma figura fantástica, um grande mestre, o Doutor Durval Damiani fez três depoimentos de mais de seis horas de duração para os deputados da Assembleia Legislativa[13]. A CPI não foi para frente, apesar de ter maioria de votos, o relatório foi arquivado por improcedência da denúncia. Embora seja muito desgastante para os profissionais que estão fazendo um trabalho sério ter que passar por esse tipo de investigação, o resultado de arquivamento da CPI de São Paulo foi um bom resultado porque, tanto no Rio de Janeiro quanto aqui em Minas Gerais, havia pedidos de CPI em relação aos ambulatórios e eles foram arquivados.

Nós tínhamos uma ampla legislação[14] dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) que regulamentavam e normatizavam o

---

12 Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) é um dos instrumentos previstos na Constituição para que parlamentares exerçam sua função de fiscalização. Dessa forma uma CPI tem poderes de investigação próprios das autoridades judiciais. São criadas para apurar fato determinado, mediante requerimento de pelo menos um terço dos parlamentares.

13 DAMIANI, Durval. Depoimento prestado à Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar o tratamento para transição de gênero em crianças e adolescentes no Hospital das Clínicas da USP. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP), 5 out. 2023.

14 Citam-se: Parecer nº. 8/13 do CFM de fev/2013: Orientações em relação ao tratamento e acompanhamento de adolescentes e Resolução nº 2.265/2019 do CFM em 09 jan/2020: Em crianças ou adolescentes trans, o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner 2, sendo realizado exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa em hospitais universitários e/ou de referência para o SUS.

trabalho que nós fazemos. Fomos surpreendidos, no dia 8 de abril de 2025, com a Resolução nº 2427/2025 do CFM[15], que revê as normas anteriores para assistência à população trans e LGBT. Segundo o artigo 5º desta Resolução, fica vedado ao médico prescrever bloqueadores puberais para tratamento de incongruência de gênero ou disforia, independente se em ambiente de pesquisa ou centro universitário, está completamente proibido. O artigo 6º, que trata da terapia hormonal cruzada, veda a sua realização antes dos 18 anos de idade. Essa resolução foi baseada no relatório da Dra Hilary Cass, que é uma pediatra reconhecidamente conservadora, uma figura importante na saúde pública da Inglaterra, possui vários trabalhos sobre desenvolvimento e tem relações na mesma vertente política da autora do Harry Potter, J.K. Rowling. Essa médica fez um relatório "independente" revisando a literatura e realçando efeitos colaterais da transição de gênero e concluindo como uma posição pessoal que o tratamento deveria ser vedado, exceto em centros de pesquisa, de referência e acadêmicos.

A partir desse relatório, denominado Relatório Cass, foram implementadas restrições na Inglaterra, Suécia, Finlândia e em outros países, inclusive naqueles em que a assistência a pessoas trans já se encontrava em estágio mais avançado em consultórios e clínicas. Houve, assim, um retrocesso nessas nações, que passaram a condicionar tais práticas ao âmbito de projetos de pesquisa em centros de referência – modelo semelhante ao que já está previsto em nossa resolução. Desse modo, países onde os tratamentos se encontravam em estágio

15 Consultar resolução em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2427

mais avançado regrediram a um patamar equivalente ao estabelecido pela nossa resolução.

Mas o CFM, baseado nesses trabalhos e fazendo essa mesma prática do Partido Novo de distorção de informações, optou por proibir tudo e não abrir exceção para projetos de pesquisa. Já temos diversos trabalhos que levantam uma série de problemas metodológicos do Relatório Cass, o questionando enquanto um relatório puramente político e ideológico, sem valor científico. A rede de serviços trans também se organizou, o Ambulatório Amtigos da USP, o Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) do Rio Grande do Sul, a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e nós aqui da FHEMIG fizemos, em maio de 2025, o I Simpósio de Saúde em Crianças e Adolescentes com Variabilidade de Gênero[16]. Foram também realizados posicionamentos de sociedades muito importantes, médicas, científicas, que vêm acompanhando o tema, como a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Federação de Ginecologistas, que é uma das maiores do mundo, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Nota Técnica dos Serviços Especializados. Documentos volumosos, de quase 10 páginas, fazem uma revisão de toda essa literatura, devidamente embasado. A partir dele, foi iniciado um processo de inconstitucionalidade contra o Conselho Federal de Medicina pedindo a suspensão desta Resolução nº 2427/2025 que está no Supremo Tribunal Federal (STF) sendo

16 O I Simpósio de Saúde em Crianças e Adolescentes com Variabilidade de Gênero foi realizado nos dias 24 e 25 de de maio de 2025 em São Paulo e foi promovido pelo Instituto de Psiquiatria da USP.

avaliado pelo Ministro Cristiano Zanin. Ainda não houve nenhum posicionamento do Supremo e, até que haja, os tratamentos estão interrompidos.

Para concluir, reafirmo que a transgeneridade na infância e adolescência não é uma doença e deve ser acolhida pela rede de apoio da criança e do adolescente como uma condição humana com impactos sobre a saúde e com alto risco de sofrimento mental. É necessária a ampliação do centro de referência com abordagem multiprofissional e políticas de saúde pública para assistência farmacêutica para proporcionar um tratamento seguro. A condição de transgeneridade não deve ser abordada como um tabu sobre bases religiosas, ideológicas ou convenções sociais dogmáticas, mas sim com bases científicas e bioéticas, como estamos fazendo aqui. Agradeço o grupo Antônio José das Chagas, nosso grupo numeroso do CGP e do Hospital das Clínicas (HC). Muito obrigado.

## REFERÊNCIAS:

Defreyne J, Vander Stichele C, Iwamoto SJ, T'Sjoen G. Gender-afrming hormonal therapy for transgender and gender-diverse people-A narrative review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2023;86:102296. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.102296. (Epub 2022 Dec 16 PMID: 36596713).

Hannema, Sabine, Transgender teenagers deserve same access to medical care as other youth. https://www.endocrine.org/news-and-advocacy/news-room/2021/transgender-teenagers-deserve-same-access-to-medical-care-as-other-youth

Janet Y. Lee.  Stephen M. Rosenthal. Gender-Affirming Care

of Transgender and Gender Diverse Youth: Current Concepts. Annu Rev Med. 2023 January 27; 74: 107–116. doi:10.1146/annurev-med-043021-032007.

Klaver M, de Mutsert R, van der Loos M, Wiepjes CM, Twisk JWR, et al. 2020. Hormonal Treatment and Cardiovascular Risk Profile in Transgender Adolescents. Pediatrics 145.

Maraka S, Sing Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts C, Nippoldt T, Prokop L, et al. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab (2017) 102:3914–23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02876.

Millington K, Finlayson C, Olson-Kennedy J, Garofalo R, Rosenthal SM, Chan YM. 2021. Association of High-Density Lipoprotein Cholesterol With Sex Steroid Treatment in Transgender and Gender-Diverse Youth. JAMA Pediatr 175:520–1 [PubMed: 33587098].

Millington K, Schulmeister C, Finlayson C, Grabert R, Olson-Kennedy J, et al. 2020. Physiological and Metabolic Characteristics of a Cohort of Transgender and Gender-Diverse Youth in the United States. J Adolesc Health 67:376–83 [PubMed: 32417098].

Nokoff NJ, Scarbro SL, Moreau KL, Zeitler P, Nadeau KJ, et al. 2020. Body Composition and Markers of Cardiometabolic Health in Transgender Youth Compared With Cisgender Youth. J Clin Endocrinol Metab 105.

Sprat DI, Stewart II, Savage C, Craig W, Spack NP, Chandler DW, et al. Subcutaneous Injection of Testosterone Is an Effective and Preferred Alternative to Intramuscular Injection: Demonstration in Female-to-Male Transgender Patients. J Clin Endocrinol Metab (2017) 102(7):2349–55. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03632.

T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. Endocr Rev (2019) 40(1):97–117. doi: 10.1210/ er.2018-00011.

Valentine A, Nokoff N, Bonny A, Chelvakumar G, Indyk J, et al. 2021. Cardiometabolic Parameters Among Transgender Adolescent Males on Testosterone Therapy and Body Mass Index-Matched Cisgender Females. Transgend Health 6:369–73 [PubMed: 34993308].

Weinand JD, Safer JD. Hormone Therapy in Transgender Adults Is Safe With Provider Supervision; A Review of Hormone Therapy Sequelae for Transgender Individuals. J Clin Transl Endocrinol (2015) 2(2):55–60. doi: 10.1016/j.jcte.2015.02.003.

Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, Haraldsen I, Fisher AD, Toye K,et al. Cross-Sex Hormone Therapy in Trans Persons Is Safe and Effective atShort-Time Follow-Up: Results From the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. J Sex Med (2014) 11(8):1999–2011. doi: 10.1111/jsm.12571.

# REFLEXÕES SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA EM CRIANÇAS E JOVENS TRANS

**Gabriel Fernandes Rodrigues**[1]

## Introdução

Falar sobre juventudes trans e suicídio é, antes de tudo, um chamado à escuta atenta e à responsabilidade coletiva. Estamos diante de uma população jovem que, em sua maioria, enfrenta níveis alarmantes de rejeição, exclusão e violência, especialmente no ambiente familiar, escolar e institucional. Pesquisas mostram que pessoas trans têm taxas significativamente mais altas de ideação e de tentativas de suicídio, e isso não se deve à identidade em si, mas ao modo como a sociedade nega o direito dessas pessoas a existirem com dignidade. O sofrimento não vem da transexualidade, mas da transfobia, e é um dever ético denunciar os contextos que produzem o sofrimento que pode levar a morte de si.

1 Mestre em Psicologia e Especialista em Psicologia Clínica: Gestalt-Terapia e Análise Existencial, ambas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pesquisador dos temas suicídio, gênero, sexualidade e direitos humanos.

Falar de suicidio e juventude, especialmente de populações vulnerabilizadas, é urgente. Essa urgência se traduz em uma escolha: ou seguimos silenciosos diante da dor que mata, ou nos posicionamos como rede de acolhimento, presença e afirmação da vida. Falar disso é lutar para que nenhuma juventude trans precise pensar em morrer por não conseguir existir.

Nesse primeiro momento, quero trazer para vocês algumas reflexões a respeito dos discursos sobre as crianças e os jovens trans. Historicamente, as crianças vêm sendo representadas como o futuro da nação, como aqueles que transmitirão o progresso, a cultura e toda possibilidade de vida futura. Questiono quais crianças vocês imaginam quando pensam nas crianças como futuro da nação? Na maioria das vezes, esse projeto de futuro traz a imagem de uma criança que é branca, cisgênera e, "se tudo correr bem", hétero e sem deficiências.

Já as outras crianças, não seria exagero dizer, são representadas como o apocalipse da nação, como aquelas que ameaçam destruir todo um regime social. Aqui me refiro às crianças *queer*, as crianças viadas, as infâncias trans e desviadas.

Vemos atualmente a multiplicação de discursos políticos que criam um pânico moral sobre as crianças trans, e alertas sobre uma suposta "epidemia trans na infância". Não raro, discursos de políticos conservadores produzem e reproduzem informações falsas, como a disponibilização de hormônios e cirurgias para crianças, para sugerir que o Movimento LGBTQIAPN+ está contaminando as crianças puras com suas ideologias, submetendo-as a tratamentos experimentais que

produziram uma vida inteira de sofrimento.

Gostaria de destacar o quanto esses discursos distorcem dados estatísticos para justificar projetos antitrans e descredibilizar as políticas de saúde trans específicas, buscando negar o acesso à transição. A lógica é a seguinte: se as taxas de suicídio são altas entre os jovens trans, isso significaria dizer que a transição é um risco para a saúde, e portanto, deve ser evitada a todo custo. Temos uma colagem causal entre a transexualidade e o risco de suicídio, como se a identidade de gênero fosse, por si só, um fator de risco. Assim, se a transexualidade é um fator de risco para o suicídio, ela deve ser combatida.

Os discursos que se utilizam da categora do suicídio de uma maneira tão desonesta intelecutalmente têm efeitos severos que precisam da nossa atenção. Um deles é a repatologização da transexualidade. A transexualidade passa a ser repatologizada não mais pela ruptura entre o chamado sexo biológico e o gênero, mas sim a partir do risco de suicídio que é internalizado na própria identidade. Nesse discurso, há não só uma invisibilização dos fatores de risco reais, a saber, a transfobia, como também um deslocamento patologizante que advoga a identidade de gênero como um risco em si mesma, ignorando todo o contexto de produção de sofrimento.

Além disso, tais discursos têm outro grande efeito que é o de chancela da cisgeneridade e da heterossexualidade como fatores de proteção ao suicídio, bem como uma categoria de redução de danos, provendo subsídios para um aparato político antigênero que busca desmantelar toda a construção de direitos humanos na saúde transespecífica e ainda promove e legitima,

pela essencialidade do risco, uma diversidade de práticas entendidas enquanto "cura gay".

Assim, a criança e o adolescente trans são representados como um risco a si mesmos. É como se o suicídio constituisse a natureza mais íntima desses jovens. Devido a sua "tendência inata para a morte", o suicídio é entendido não apenas como parte da sua natureza íntima, mas também como seu destino, um futuro do qual parece difícil escapar.

Portanto, retomando a ideia de criança como futuro da nação, vemos que a criança queer não cabe nessa ideia, porque ela é vista como um sujeito infeliz, quebrado, doente, em suma, um potencial suicida. Podemos nos questionar sobre quem tem produzido tais discursos, para além dos conservadores políticos. Não seria nenhuma surpresa, acredito eu, apontar que esses discursos vêm sendo proferidos sobretudo pelos profissionais da saúde, em especial da Psiquiatria e da Psicologia.

Essa representação patológica tem a base de sua construção no discurso médico do qual muitos discursos "psi" fazem coro. Na minha dissertação intitulada "Sobrevivências: juventude, transexualidade e suicídio" (Rodrigues, 2024)[2], demonstro como a transexualidade, enquanto categoria médica, já nasce atrelada à categoria do suicídio, sendo performada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)[3] e pelas Resoluções do

2 RODRIGUES, Gabriel Fernandes. Sobrevivências: juventude, transexualidade e suicídio. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

3 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5. ed., texto revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

Conselho Federal de Medicina (CFM)[4], como uma identidade essencialmente suicida.

De fato, as estatísticas mostram um risco acentuado para população de jovens trans, mas é necessário enfatizar que o risco de suicídio não está no fato da pessoa ser trans, mas sim nos contextos sociais e politicos que impossibilitam que essas pessoas possam existir integralmente. Assim, percebemos que, para grande parte da população, é negado o direito à vida, muito antes que possam tirá-la (Baére, 2019).

Compreender a dimensão ético-política do sofrimento é fundamental para lidar com o fenômeno do suicídio de dissidências sexuais e de gênero. Desse modo, uma análise do suicídio a partir de uma perspectiva crítica de gênero faz-se necessária para questionar posturas essencialistas que postulam o sofrimento como uma expressão inerente da patologia, sem levar em consideração os contextos de produção do sofrimento e do adoecimento que podem levar ao suicídio.

Enquanto profissionais da saúde, é extremamente necessário que tenhamos uma leitura do sofrimento para além do patológico, que situe o sofrimento nas dinâmicas de poder que se estabelecem na não-conformidade com as normas e ideias. O conceito de sofrimento ético político de Bader Sawaia[5] pode ser entendido como a expressão da impossibilidade do

---

4 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Brasília: CFM, 2019. Publicada no Diário Oficial da União em 9 jan. 2020

5 SAWAIA, Bader. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 6. p. 96-118.

outro ser e existir em decorrência de sua classe social, raça, identidade de gênero, orientação sexual etc (Sawaia, 2017) .

Partindo, então, de uma leitura ampliada sobre o sofrimento, precisamos pensar o suicídio na relação com o contexto em que este é produzido. Como pontua a ANTRA (2023):

> "Profissionais de saúde devem se interessar mais ativamente pelas demandas e pautas dos movimentos sociais, e não buscar um "núcleo de gênero" supostamente localizado na dimensão mais íntima dos sujeitos. As tentativas de tornar essa questão algo do "mundo interno e subjetivo" fazem com que entendamos tanto a ciência quanto o gênero como processos a-históricos e apolíticos (ANTRA, 2023, p. 14)".

Mais que denunciar que a vida não vale a pena ser vivida, a morte por suicídio também denuncia que o mundo e os outros, de alguma maneira, também não valem (Silva, 2020). Quando alguém decide antecipar sua morte através do suicídio, essa morte também se refere a nós, a toda gente, visto que somos lançados a esse mundo e nos construímos sempre em relação ao outro. Assim, cabe questionar quais horizontes de sentido se constituem no mundo contemporâneo para que a experiência de morrer faça mais sentido do que a de viver.

Hoje, o suicídio é constantemente definido como um grave problema de saúde pública (OMS, 2021), sendo uma das três causas de morte mais frequentes no mundo todo. Não faltam pesquisas estatísticas com números assustadores sobre os índices de suicídio, que vêm crescendo, inclusive no mês

de setembro onde temos a famosa campanha do Setembro Amarelo. Esses números mostram a amplitude do fenômeno, mas não dizem muito sobre as pessoas que morrem. Nesse sentido, é preciso dar um rosto para as estatísticas.

Angel, nome fictício de uma jovem trans que entrevistei, de 17 anos, conta sobre uma tentativa de suicídio na qual pegou a faca chorando e na sua cabeça passava um filme onde se sentia um lixo e nunca estaria satisfeita. Na época, não tinha apoio dos familiares para viver a transição. Pensava "se é pra viver de uma forma que eu não quero, então eu não vou viver, vou me matar". Felizmente, a tentativa foi interrompida pelos familiares, que chegaram a tempo de prestar socorro.

Esta cena carrega o potencial de visibilizar o poder autodestrutivo da cisgeneridade compulsória. Se a literatura insiste em dizer que ser transgênero é um fator de risco para o suicídio, a escuta atenta dos jovens, por outro lado, nos mostra que o risco se encontra na manutenção da cisgeneridade como única possibilidade de existência. Se para o sujeito não existe possibilidade de viver uma vida autêntica, onde se possa ser quem realmente se é, a recusa à vida representa também nesse contexto, uma recusa à cisgeneridade compulsória.

Angel também relata que suas tentativas diminuíram mais de 50% com o início da transição. Não é sem razão que as terapias afirmativas de gênero aparecem na literatura como medida de prevenção do suicídio. Na história de vida desses jovens, fica claro que o acesso ao ambulatório e à saúde transespecífica foram imprescindíveis para estarem vivos hoje. Nas palavras de Angel:

> "o ambulatório tem a capacidade de salvar muitas vidas, porque se você não tem hormonização, se você não tem uma vida conforme você deseja e almeja, você se mata, não de forma fútil, não to falando de ter carro ou moto, tô falando de uma vida onde você não pode ser quem você é [...]. Poder ser o que realmente se é, é lindo.."

Para o próximo tópico, trago uma reflexão de Preciado (2003)[6], que indaga: "Quem defende o direito das crianças diferentes? Os direitos do menino que adora se vestir de rosa? Os direitos da criança *queer*, bicha, sapatão, transexual ou transgênero? Quem defende o direito da criança a mudar de gênero, se for da vontade dela?" (Preciado, 2013, p. 1) Os profissionais de saúde fazem frente a essa defesa?

## Obstáculos no acesso à saúde

Notamos uma grande ausência de formação profissional adequada à especificidade da saúde trans. Nesse sentido, abro um pequeno parênteses para enfatizar a importância de um congresso municipal sobre saúde integral de pessoas LGBTQIAPN+ como este, que preenche lacunas nas formações e possibilita a capacitação de profissionais na área da saúde. A iniciativa é fundamental, uma vez que são comuns os relatos de profissionais de saúde que orientam suas práticas não por evidências científicas mas sim por valores morais e muitas vezes religiosos.

6 Paul B. Preciado. Quem defende a criança queer? Jangada: Crítica | Literatura | Artes, n. 1, p. 96-99, 2013. Tradução de Fernanda Ferreira Marcondes Nogueira. DOI: 10.35921/jangada.v0i1.17.

Temos o Relatório Transexualidade e Saúde Pública no Brasil entre a Invisibilidade e a Demanda por Políticas para Homens Trans, produzido pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT+ da UFMG (NUH-UFMG)[7]. Segundo dados do relatório: 1) 50% dos participantes já deixaram de buscar atendimento em serviços de saúde por medo de sofrer preconceito, discriminação ou outro tipo de violência por serem trans e 30,77% por causa do desrespeito ao nome social por parte dos servidores da saúde; e 2) sobre os atendimentos de psicólogos e psiquiatras no processo de transição, 32% declararam que o profissional tentou fazer-lhe acreditar que não é uma pessoa trans, e sim lésbica e/ou mulher (SOUZA, PRADO & MACHADO, 2015).

Relatos sobre desrespeito ao nome social, o preconceito e a discriminação são frequentes, o que muitas vezes torna a automedicação uma estratégia usada como forma de evitar constrangimento ao buscar atendimento médico.

Precisamos entender a recusa do uso do nome social por parte de profissionais da saúde como uma violência psicológica, que compromete significativamente a saúde das pessoas trans. A mesma pesquisa mostra que 85,7% dos homens trans entrevistados já pensaram em suicídio e/ou tentaram cometer o ato. Qual a responsabilidade dos agentes de saúde nessas estatísticas? Muitas vezes, as barreiras de acesso à saúde somos nós, profissionais de saúde. Precisamos estar atentos para de fato conseguir promover saúde e não violência.

---

7 SOUZA, Érica Renata de; PRADO, Marco Aurélio Máximo; MACHADO, Frederico Viana (coord.). Projeto transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans: relatório descritivo. Belo Horizonte: Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da Universidade Federal de Minas Gerais (NUH-UFMG), 2015.

Para além dos serviços de saúde, temos outra grande instituição que tem impactos profundos nas estatisticas de suicídio de jovens trans, a família.

## Familiares de jovens trans – fator de proteção ou de risco ao suicídio?

Atualmente, tenho tido a oportunidade de coordenar um Grupo de Apoio para Familiares de Jovens Trans. O grupo é realizado pelo NDH - UFMG em parceria com o Ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero do Hospital Infantil João Paulo II.

O grupo preenche uma lacuna de ações terapêuticas voltadas para os familiares, que também sofrem com os efeitos da transfobia estrutural. Temos o objetivo de promover um ambiente acolhedor e terapêutico onde possam ocorrer trocas de experiências que contribuam com aprendizado de habilidades interpessoais, suporte emocional e participação social.

Nos encontros do grupo, é possível notar como a transição dos jovens mobiliza mudanças nos arranjos simbólicos de toda a família. Como destacado pela Antra (2023): “Quando o filho se torna filha, a mãe de um filho passa a ser a mãe de uma filha. Toda transição é coletiva”.

Diversas pesquisas apontam o papel crucial que a família tem no suporte oferecido como fator de proteção ao suicídio. A presença de um sentimento de acolhimento e uma maior vinculação com a família e o ambiente social está diretamente relacionada a um aumento na confiança, autoestima e maior qualidade de vida de pessoas trans.

Infelizmente, sabemos que o apoio familiar não é uma experiência frequente para muitas pessoas trans. A família, muitas vezes entendida como fonte de amor, suporte incondicional, proteção e segurança para pessoas não-cis/heterossexuais, pode representar um lócus de violência. Algumas pesquisas revelam que os familiares foram os autores mais frequentes de violências notificadas em adolescentes LGBTQIAPN+.

Dados da pesquisa realizado no Rio Grande do Norte que entrevistou travestis e transexuais assistidas por ONGs revelaram que as pessoas travestis e transexuais presentes no ambiente doméstico demonstraram maior proporção de ideação suicida se comparadas com aquelas expulsas do núcleo familiar (Silva *et al.*, 2020)[8].

É comum que os familiares se considerem no direito de obrigar os jovens a cumprir com as expectativas que os próprios pais criaram. Eles se utilizam da vulnerabilidade, principalmente econômica, dos jovens, para obrigar que os filhos sejam como os pais desejam. "Se quer viver debaixo do meu teto, vai ser do meu jeito", dizem. Nessa dinâmica, o jovem é impedido de ter um projeto existencial próprio, e para sobreviver, precisa, muitas vezes, de aceitar o projeto existencial imposto pelos pais, que demonstram um amor incondicional às normas, e não aos filhos.

Não obstante, a família também é descrita na literatura científica como fundamental rede de apoio e de proteção

8 SILVA, G. W. S. et al. Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, supl. 3, p. 4955-4966, 2021.

para diminuir o risco de suicídio de pessoas trans (Cortes & Araújo, 2020)[9]. Nesse sentido, a proximidade com os pais e uma postura de afirmação por parte destes, corrobora significativamente com a proteção da saúde mental, reduzindo sintomas como depressão e ansiedade, ao mesmo tempo em que promove autoconfiança.

O estudo conduzido por Cramer[10], nos EUA, identificou que, quanto menor o apoio social e familiar recebido por pessoas LGBTQIAPN+ ao longo de sua vida, maiores são as tentativas de suicídio. Desse modo, a literatura da suicidologia considera o suporte familiar um elemento central na prevenção do suicídio de pessoas LGBTQIAPN+, em especial de pessoas trans, visto que o risco de tentativas de suicídio aumenta em 20% nos ambientes em que não há apoio à orientação sexual e identidade de genero dos jovens (Hatzenbuehler, 2011).

Além disso, quando falamos de trajetórias de jovens trans, a família desempenha um papel fundamental no acesso a políticas de afirmação de gênero, que também necessitam do consentimento dos familiares para se efetivar. Afinal de contas, o ingresso dos jovens nas políticas de saúde transespecíficas depende dos familiares.

Esses dados revelam o tênue e heterogêneo lugar ocupado pelas famílias de jovens trans, que podem operar tanto como

9 CORTES, Helena Moraes; ARAÚJO, Lorena Moura Pontes. Repercussões da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras. In: SEQUEIRA, Carlos et al. (org.). XI Congresso Internacional ASPESM, 2020, p. 40–49.

10 CRAMER, Robert J. et al. Preferences in information processing, marginalized identity, and non-monogamy: understanding factors in suicide-related behavior among members of the alternative sexuality community. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 9, 2020.

produtora de saúde, ao acolher os filhos em sua diversidade, quanto como vetores de violência, impedindo que o jovem possa ter o seu próprio projeto existencial.

## Conclusões

Tanto o suicídio quanto a transexualidade guardam correlações históricas que reverberam ainda nos dias de hoje. Ambos foram considerados pecado pela lei da Igreja, crime pela lei do Estado, e doença pelos saberes médicos. Esse legado histórico ainda se faz presente. O suicídio tem sido concebido predominantemente sob a perspectiva do transtorno mental e do risco, como expressão de patologias individuais internalizadas.

Assim, tanto suicídio quanto transexualidade ainda são pensadas dentro de um enquadramento que os ligam à patologia. Quando pensamos suicídio de pessoas trans, esta associação ganha ainda mais força, principalmente a partir do discurso epidemiológico que demonstra uma maior vulnerabilidade de tal população à morte por suicídio. O problema está em análises enviesadas que partem da correlação para a causalidade, internalizando o risco de suicídio não nos processos de violência que acometem a população, mas sim no próprio processo de transição, o que não apenas naturaliza tais mortes, como produz uma natureza e um destino suicida para grande parte dessa população. Evidenciamos que essa articulação produz uma repatologização das transexualidades, que passam a ser entendidas como portadoras de uma tendência ao suicídio.

Nesse sentido, apontamos a necessidade de descolar um conjunto de elementos que foram historicamente ligados e que associaram transexualidade, juventude e suicídio em termos causais. Para tanto, apostamos na despatologização, lembrando que despatologizar não é descuidar e nem desassistir (PRADO, 2018).

O termo *survivor*, cunhado por Shneidman, designa todos aqueles sujeitos que experienciam a morte por suicídio de alguém próximo. No Brasil, utiliza-se a tradução literal "sobrevivente" para designar as pessoas que sobreviveram a uma tentativa de suicídio. É possível afirmar que a sobrevivência aparece, portanto, como traço comum aos jovens trans, que enfrentam cotidianamente as necropolíticas da cisheteronormatividade.

Uma última pergunta que eu gostaria de colocar é sobre quais futuros as crianças trans anunciam?

"Os sonhos foram banhados nas águas da miséria
e derreteram-se.
Os sonhos foram moldados
a ferro e a fogo
e tomaram a forma do nada.
Os sonhos foram e foram.
Mas crianças com bocas de fome
ávidas, ressuscitaram a vida
brincando anzóis nas correntezas
profundas.
E os sonhos, submersos e
disformes
avolumaram-se engrandecidos

anelando-se uns aos outros
pulsaram como sangue-raiz
nas veias ressecadas
de um novo mundo."

Conceição Evaristo *in* Cadernos Negros 13[11]

Encerro esta fala com a certeza de que, diante da dor, o silêncio não é uma resposta possível. Falar de juventudes trans e suicídio é escancarar as violências que negam a possibilidade de existir, mas é também afirmar que outro futuro é possível – um futuro que se constrói na despatologização, no respeito aos corpos e desejos diversos, no compromisso com políticas públicas e, sobretudo, na promoção da vida digna. Como nos lembra Conceição Evaristo, *"o sonho fecunda a vida, e vinga a morte."* Sonhar com um mundo onde pessoas trans possam viver sem medo, ser acolhidas em suas famílias, respeitadas nos serviços de saúde e reconhecidas em sua dignidade não é utopia, é urgência. Que sejamos, em nossos lugares de atuação, sementes dessa mudança. Que possamos, juntos, sustentar a esperança como prática política.

## REFERÊNCIAS

Associação Nacional de Travestis e Transexuais. (2023). Nota técnica sobre acesso à saúde de crianças trans: do modelo transpatologizante ao cuidado transespecífico. Brasil: Antra

Baére, F. (2019). A mortífera normatividade: O silenciamento

11 Cadernos Negros, volume 13, publicado em 1990, pela editora Quilombhoje, em São Paulo.

das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, 02 (01). 128-140.

Cortes, H. M., Araújo, L. M. P. (2020). Repercussão da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras. XI Congresso Internacional ASPESM. Repercussões da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras. https://issuu.com/spesm/docs/final_ebook_2020_congresso_online-3_2/s/13039708

Evaristo, C. (1990). Olhos d'água. In Quilombhoje (Ed.), *Cadernos Negros: contos afro-brasileiros* (Vol. 13, pp. xx–xx). São Paulo: Quilombhoje.

Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. Pediatrics, 127(5), 896-903. doi: 10.1542/peds.2010- 3020

Prado, M.A.M. (2018). Ambulare. Belo Horizonte (MG). PPGCOM UFMG.

Rodrigues, G.F (2024). Sobrevivências: Juventude, Transexualidade e Suicídio. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Repositório Institucional da UFMG. https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/78802

Sawaia, B. B. (2017). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia, B.B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 14. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2017. p. 99-119.

Silva, G.W.S, Meira, K.C, Azevedo, D.M, Sena, R.C.F, Lins, S.L.F, Dantas, E.S.O, Miranda,

FAN. Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020.

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-ideacao-suicidaentre-travestis-e-transexuais-assistidas-por-organizacoes-nao-governamentais/17489

SÁ, Tatiane Miranda de; et al. Transgeneridade na infância e adolescência: experiência do Ambulatório de Diversidade de Gênero do Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte: FHEMIG, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/noticias/hijpii-abre-ambulatorio-destinado-ao-atendimento-de-adolescentes-trans

Silva, L. C. (2020). A morte por suicídio no horizonte histórico contemporâneo. In: Elza, D. (Org) Sofrimento, existência e liberdade em tempos de crise. IFEN.

Souza E. R, Prado, M. A. M., & Machado P. S. (2015). Transexualidades e saúde no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans. Minas Gerais (BH):

Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2015. Relatório técnico n° 32/2012.

Preciado, P. B. (2013). *Quem defende a criança queer?* (F. F. M. Nogueira, Trad.). *Jangada: Crítica | Literatura | Artes*, 1(1), 96–99. (Tradução do original em francês, janeiro de 2013)

# VELHICES MÚLTIPLAS

**Karla Giacomin**[1]

Em 2025, a cidade de Belo Horizonte sediou a 26ª Parada do Orgulho LGBTQIAPN+, essa edição teve como tema "Envelhecer Bem: Direito às Políticas Públicas do Bem Viver, ao Prazer e à Cidade", dando ênfase à questão do envelhecimento da população LGBTQIAPN+, uma realidade sistematicamente ignorada, tanto pelo poder público quanto pela comunidade acadêmica.

A verdade é que ainda existem muitos mitos que cercam a temática do envelhecimento, como por exemplo a ideia de que o sexo passa a ser uma dimensão sem importância para pessoa idosa, que ela se torna "assexuada", o que aloca o interesse sexual dos idosos como algo "anormal". Mas não é bem assim, é preciso lembrar que nossos pais transam, que nossos avós transam, é necessário entender que existem possibilidades para o sexo, mesmo na velhice.

Ao envelhecer, nós continuamos apresentando interesse sexual, assim como foi no restante de nossas vidas. Não é

1 Médica geriatra, servidora pública municipal, Doutora em Ciências da Saúde, consultora da Organização Mundial de Saúde (OMS) e ativista pelos Direitos da Pessoa Idosa.

antinatural uma pessoa idosa querer fazer sexo, querer se casar de novo depois que um cônjuge de longo tempo falece, seguir com a sua vida exercendo seu desejo sexual. Essa ideia de castidade dos idosos se manifesta na forma como pessoas idosas são separadas por gênero em instituições de longa permanência, não pensando que essas instituições também são um espaço de vivência da sexualidade.

Durante a pandemia, trabalhamos na construção do "Manual da Qualidade do Cuidado em Instituições"[2]. Foi aí que aprendemos muito sobre a vivência da sexualidade no âmbito institucional. Entendemos que ali também pode ser um espaço de "pegação", observamos pessoas que se conhecem nessas instituições e começam relações homoafetivas, tanto homens quanto mulheres. No entanto, fomos entendendo que esse mundo da sexualidade ainda não é de amplo conhecimento da sociedade, então para discutir esse fenômeno em nosso Manual, o primeiro passo seria explorar um pouco dessa "sopa de letrinhas", que é a sigla LGBTQIAPN+, para que a gente consiga se comunicar com os servidores e gestores dessas instituições.

Este processo de letramento não é necessário apenas para os funcionários da Prefeitura de baixa escolaridade. O desconhecimento afeta mesmo as pessoas que são "esclarecidas", pessoas que possuem até mesmo pós-graduação e não foram capazes de acompanhar as discussões relativas à diversidade de gênero e sexualidade. É necessário dialogar mesmo com profissionais da classe médica, explicar

2 FRENTE ILPI. *Manual da Qualidade do Cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos*. [S.l.], 2021. Disponível em: https://frente-ilpi.com.br/wp-content/uploads/2021/07/Manual-Qualidade-do-Cuidado.pdf. Acesso em: 03/10/2025.

detalhadamente o que termos como "cis" e "trans" significam e como eles podem aparecer no cotidiano dos serviços, explicá-los de maneira contextualizada.

Para além disso, também foi necessário compreender que a velhice LGBTQIAPN+ vem acompanhada de violências, que são motivadas por estereótipos negativos, discriminação e intolerância, que podem se manifestar desde o extermínio direto até microagressões que aparecem no trabalho, na família, na escola, no atendimento médico e na convivência cotidiana. É necessário pensar na dimensão da violência, porque, para essa população, envelhecer ainda é um privilégio, muitas pessoas trans não tiveram nem mesmo a chance de envelhecer. Pessoas trans e travestis possuem uma das menores expectativas de vida em nosso meio.

Mas essa realidade não quer dizer que pessoas LGBTQIAPN+ não envelhecem. É necessário pensar nesse grupo de pessoas que cresceu em um outro momento histórico, em que não se podia dizer abertamente sobre a sua sexualidade, que cresceram "no armário" e que só na velhice podem admitir sua orientação sexual ou identidade de gênero para si mesmos e para o mundo. Muitos não deram conta de viver a sua sexualidade devido a vivências de violências, discriminação, pressão religiosa, falta de aceitação no ambiente familiar ou até mesmo internalização de estereótipos negativos da sociedade sobre a população LGBTQIAPN+.

É o que podemos chamar de uma dinâmica de estresse de minoria, de pensar como questões relativas a estigma, perseguição, agressão, violência e discriminação afetam o autoconceito desses sujeitos, produzindo uma homonegatividade

internalizada e passam a vida tentando encobrir essa identidade, que se encontra associada a punição e a rejeição.

A gente tem como exemplo o caso da Martinha[3], travesti que desde pequena era apontada como pederasta e ameaçada de morte pela própria família, até que fugiu de casa aos oito anos como forma de sobrevivência, começou a morar na rua e recorrer ao trabalho sexual para garantir seu sustento no período da ditadura militar[4]. Afirma que nunca teve a oportunidade de estudar, uma vez que era sempre expulsa de todos os colégios que frequentava, pois era apontada como mau exemplo para os alunos.

Durante esse período, afirma ter sido presa mais de 200 vezes, por motivações banais, como ter ido no açougue pela manhã para comprar carne ou ter pego o ônibus em roupas femininas, sendo que só era liberada da delegacia se trocasse suas vestes para roupas masculinas. Martinha relata como as violências que ela sofreu da polícia a motivaram a estar sempre pronta para ter de se defender, carregando uma gilete embaixo da língua ou mesmo numa caixa de fósforo, uma forma de conseguir responder à violência institucional que sofria.

As situações de violência e intolerância vivenciadas por Martinha em sua juventude ocasionaram dois AVCs e resultaram em dano permanente aos membros inferiores, danos que foram agravados pela presença de silicone industrial aplicado de forma ilegal que hoje deforma seu corpo. Essas complicações

3 Martinha é uma das personagens de uma série jonralística chamada "LGBT+60: Corpos que Resistem", disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=zM9ATZUsOZg.

4 Regime autoritário iniciado com o golpe militar que derrubou o presidente João Goulart que vigorou no Brasil durante 21 anos, entre 1964 e 1985.

de saúde também possuem aspectos subjetivos, uma vez que ela não consegue mais usar brincos, anéis e outros acessórios que costumavam ser um símbolo de sua vaidade e autocuidado, comprometendo seu bem-estar emocional.

Hoje, Martinha se vê enquanto uma travesti idosa que carrega sua história com afeto, relembrando de seus anos de ouro e sonhando com a possibilidade de abrir uma casa de apoio para pessoas LGBTQIAPN+ que foram expulsas de casa por seus núcleos familiares, podendo servir como uma fonte de amparo para sua comunidade. Ela também afirma a sua importância enquanto história viva, que deve ser contada para as novas gerações para que se possa compreender o que já significou ser uma pessoa LGBTQIAPN+.

A história de Martinha aponta para a função política da memória, a necessidade de nunca esquecer o que foi a ditadura militar, o que foi a perseguição de pessoas LGBTQIAPN+ e entender como chegamos onde estamos hoje. Essa lembrança também nos ensina que as velhices de pessoas LGBTQIAPN+ são diversas, são construídas em termos interseccionais, levando em consideração atravessamentos como classe social, a raça/cor, o lugar onde nasceu e até mesmo as diferentes corporalidades. Portanto, é necessário entender que esses aspectos condicionam a forma como essa velhice será construída.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a solidão na velhice, visto que o Brasil tenha sido reconhecido recentemente como um dos países com o maior número de solitários, uma vez que 51% dos brasileiros queixam-se da solidão. Também é necessário compreender como essa

realidade se aplica de forma diferencial a essa população. Dados mostram que, dentro da população LGBTQIAPN+, 80% são solteiros, 90% não têm filhos, 75% vivem sozinhos, muitos não possuem relações com sua família de origem, perderam companheiros e amigos para a crise do HIV/AIDS, fatores que agravam a solidão.

Além disso, Martinha chama atenção para a questão da estética, de como a ideia de beleza e juventude são valorizadas na comunidade LGBTQIAPN+ e como isso é afetado pelo processo de envelhecimento, que vem acompanhado de modificações corporais que são incontornáveis. No caso de pessoas trans, essas modificações advindas da velhice podem levar tanto ao sofrimento psíquico quanto à discriminação, em serviços públicos de saúde ou de acolhimento institucional, podendo acarretar até mesmo em uma "volta ao armário", em uma destransição forçada com o objetivo de receber serviços essenciais.

Pessoas idosas LGBTQIAPN+ tendem a realizar mais visitas a unidades de emergência, uma vez que não procuram serviços de saúde com frequência, devido a práticas de cuidado inadequadas em serviços públicos, traumas de violência ligados a esses espaços e intervenções de saúde, que não levam em conta a vivência e o contexto desse grupo. Logo, para pensar em como promover saúde para essa população é necessário refletir sobre as desigualdades e barreiras no acesso, motivadas pela exclusão social e pelo preconceito que produzem uma maior vulnerabilidade social.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a população LGBTQIAPN+ tem maior concentração de depressão

que a população em geral (PG) (10% PG X 25% LGBTQIAPN+), assim como alcoolismo (25% PG X 82% LGBTQIAPN+) e tabagismo (13% PG X 21% LGBTQIAPN+). A mesma pesquisa também aponta que essa população se encontra menos engajada com serviços de referência e se encontra hospitalizada com maior frequência, quando comparada com a amostra total da pesquisa.

É necessário compreender o que dificulta o acesso ao cuidado em saúde, quais barreiras organizacionais, relacionais e contextuais promovem esse distanciamento dessa comunidade da efetivação do cuidado. Quanto às barreiras organizacionais estamos falando desse modo heteronormativo de funcionamento dos serviços, da falta de reconhecimento do nome social, da dificuldade de acesso a banheiros, da falta de materiais informativos que contemplem a temática da diversidade sexual e de gênero que promovem situações vexatórias e quebra de privacidade de usuários LGBTQIAPN+.

Já no que diz respeito às barreiras contextuais, estamos falando de pobreza, violência, discriminação, estigmatização, que afetam a população em geral, mas que são atribuídos novos contornos à luz de dinâmicas de homofobia e transfobia, especialmente quando associadas ao racismo. Isso é promovido pela falta de qualificação e pelo preconceito dos profissionais da saúde, que questionam a relevância de compreender a identidade de gênero da pessoa que está sendo atendida, não reconhecendo a relevância desse recorte.

É possível observar que pacientes LGBTQIAPN+, que são abertamente assumidos para os seus médicos, mostram maiores níveis de satisfação com o atendimento, maior chance

de acessar os serviços de saúde, melhor controle de doenças crônicas e maior adesão a medidas de promoção de saúde sugeridas por esses profissionais. Existe uma crença na classe médica de que toda pessoa mais velha é heterossexual, não faz parte da anamnese a possibilidade de outra orientação sexual, constrói-se esse pacto silencioso em que não se diz sobre a diversidade na velhice, em que isso permanece invisível e não dito.

É importante a criação de leis e normas que visem garantir direitos de populações vulneráveis, lembrando sempre que esse processo não é linear. Conquistas podem ser retiradas, existe sempre a possibilidade do retrocesso, o que só reafirma a necessidade seguir lutando pela garantia da democracia. Também é essencial a atuação na esfera micropolítica, nos corredores dos serviços, no interior dos consultórios, produzindo o cuidado no cotidiano.

Os dados disponíveis são da experiência do Ambulatório de Promoção à Saúde e Envelhecimento para Pessoas Trans, Travestis e Não Binárias 40+, do Hospital das Clínicas de São Paulo, no entanto, ainda não existem dados que digam sobre a população idosa, sobre os 60+, porque essas pessoas não estão nos serviços. É preciso trazer os idosos LGBTQIAPN+ para a pauta, para que eles construam laços desde cedo e não precisem começar a buscar cuidados já fragilizados. Também é preciso preparar pessoas dessa população para um fim de vida íntegro.

Isso requer que sejam realizadas alterações na forma como produzimos saúde, por exemplo, ao invés de termos como referência a família e o cônjuge, é necessário começar a levar em consideração a família escolhida, os amigos que possuem

maior proximidade e acesso ao paciente e que podem auxiliar na promoção de cuidado. Também é necessário incentivar a construção de diretivas antecipadas de cuidado em que o paciente produz um plano em que determina como gostaria de ser tratado, produzindo uma quebra de paradigma que sai dos contornos pré-estabelecidos do sistema de promoção e de cuidado em saúde convencional.

Mas para compreendermos quais são as alterações que podem ser realizadas, antes temos de escutar as pessoas LGBTQIAPN+ em processo de envelhecimento. Ouvir suas demandas e histórias para que possamos compreender o que significa envelhecer para esses corpos, para que assim possamos rever com um olhar crítico a nossa atuação enquanto profissionais de saúde. É a partir da escuta que é possível transformar a política e a cultura do cuidado, produzindo assim um mundo que leve em consideração toda forma de amor. Porque toda forma de amor vale a pena.

# CUIDADO INTEGRAL

IGOR

# PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS INCLUSIVAS: DESAFIOS E CONQUISTAS NO ATENDIMENTO A PESSOAS TRAVESTIS E TRANS

**Luciana Gravito**[1]

## 1. Desenvolvimento do Projeto de Extensão TransOdonto

O projeto TransOdonto surgiu como resposta à discrepância entre oferta e demanda odontológica para pessoas travestis e trans. Inicialmente, ele enfrentou resistência institucional e a pertinência do projeto foi questionada. O apoio da professora Maria Inês Barreiros Senna, da Faculdade de Odontologia - UFMG, possibilitou sua aprovação e implementação no Centro de Extensão da Universidade Federal

1 Dra. Luciana Gravito de Azevedo Branco, cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestre em Estomatologia. Entre 2017 e 2018, atuou como coordenadora de saúde na ONG Transvest, experiência que fundamentou a criação do projeto de extensão universitária TransOdonto, voltado ao atendimento odontológico qualificado da população travesti e transexual e à formação de profissionais para práticas inclusivas e humanizadas.

de Minas Gerais (CENEX-UFMG), destacando a necessidade de alianças institucionais estratégicas para a consolidação de práticas inclusivas.

O Projeto TransOdonto nasce como resposta a uma demanda histórica da população trans e travesti: o direito a uma atenção odontológica qualificada, humanizada e livre de discriminações. Historicamente, esse grupo foi colocado à margem das políticas de saúde, invisibilizado em dados epidemiológicos e frequentemente submetido a violências simbólicas e institucionais em espaços de cuidado. O simples ato de buscar atendimento, em muitos casos, significava enfrentar constrangimentos, recusa de profissionais e desrespeito à identidade de gênero.

Nesse contexto, o TransOdonto não se limita a oferecer atendimento clínico: ele simboliza a afirmação de direitos fundamentais, a começar pelo reconhecimento da identidade da pessoa atendida. O projeto tem uma dupla finalidade estratégica:

a. Garantir acesso a cuidados odontológicos de excelência, em um ambiente que reconheça e respeite a identidade de gênero, acolhendo as singularidades físicas e psicossociais da população trans e travesti; e
b. Formar profissionais de saúde comprometidos com ética, equidade e sensibilidade cultural, rompendo com preconceitos estruturais e contribuindo para uma Odontologia inclusiva.

A relevância dessa proposta se ancora diretamente na Constituição Federal de 1988, que assegura o direito universal à

saúde, bem como na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade. O TransOdonto, nesse sentido, é expressão concreta da busca por efetivar esses princípios no campo da saúde bucal.

## 2. A Formação Prática Humanizada no Contexto Acadêmico

A formação em saúde deve ir além da técnica. Um profissional que domina instrumentos e procedimentos, mas ignora a diversidade humana, contribui para perpetuar exclusões e desigualdades. O TransOdonto aposta em uma formação que alia competência técnica e consciência social, aproximando estudantes da realidade vivida por uma população historicamente marginalizada.

No ambiente acadêmico, essa prática se configura como uma estratégia pedagógica do tipo ensino-serviço-comunidade em que a aprendizagem deixa de ser abstrata e se vincula a contextos concretos de cidadania. Os estudantes aprendem não apenas a aplicar técnicas, mas também a construir escuta qualificada, empatia e postura ética diante das diferenças.

Essa formação humanizada fortalece o papel da universidade como espaço de produção de conhecimento, mas também como instrumento de transformação social, assumindo responsabilidade com a formação de cidadãos e profissionais capazes de atuar em defesa da equidade. O impacto não se restringe ao presente: ao serem sensibilizados no período acadêmico, esses futuros profissionais tornam-se agentes multiplicadores de inclusão em diferentes serviços de saúde.

## 3. Fundamentação Técnica e Metodológica

Embora a Odontologia não apresente diferenças técnicas em função da identidade de gênero, a experiência de atendimento à população trans exige uma metodologia relacional diferenciada em que o sucesso do tratamento está diretamente ligado à qualidade do vínculo entre paciente e profissional.

Três dimensões são fundamentais nesse processo:

- Acolhimento: vai além da cortesia. Trata-se do reconhecimento efetivo do nome social, da identidade de gênero e da criação de um espaço livre de constrangimentos. É o primeiro gesto de humanização e a chave para conquistar a confiança do paciente.
- Comunicação: exige o uso de linguagem inclusiva, respeitosa e não estigmatizante. A forma como o profissional se dirige ao paciente é determinante para reduzir barreiras simbólicas e construir uma relação de confiança.
- Vínculo terapêutico: constrói-se pela continuidade, pelo respeito e pelo reconhecimento da autonomia do paciente, garantindo que este se sinta partícipe do processo terapêutico.

Muitos pacientes trans chegam aos serviços de saúde carregando experiências de violência institucional, como a recusa de atendimento ou a exposição vexatória. O atendimento humanizado, concretizado através do reconhecimento de uma história de exclusão, contribui não apenas para o êxito clínico,

mas também para a reparação simbólica da dignidade do paciente.

## 4. Desafios Sistêmicos no Acesso à Atenção Primária

### 4.1 Barreiras Procedimentais e Institucionais

Apesar da existência de infraestrutura física adequada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as maiores barreiras enfrentadas pela população trans são procedimentais e institucionais. Muitas vezes, a dificuldade começa no registro: sistemas informatizados não contemplam o campo do nome social, obrigando a pessoa a ser chamada por um nome que não corresponde à sua identidade. Esse constrangimento, repetido em diferentes serviços, cria uma barreira simbólica que leva ao afastamento do paciente do cuidado preventivo.

### 4.2 Consequências da Exclusão

A ausência de acolhimento e protocolos específicos empurra pessoas trans para alternativas de risco, como automedicação ou extrações improvisadas em domicílio. Essas práticas revelam não apenas a gravidade da exclusão, mas também sua dimensão estrutural: quando um grupo é sistematicamente invisibilizado, ele se vê forçado a criar soluções precárias para necessidades básicas de saúde. Isso contraria o princípio da integralidade do SUS, segundo o qual toda pessoa deve ter acesso ao cuidado integral e de qualidade, independentemente de sua condição social, identidade ou gênero.

Superar essas barreiras exige não apenas boa vontade individual, mas sim políticas públicas consistentes, formação continuada de profissionais e mudanças culturais profundas. É necessário que os currículos acadêmicos incluam a temática da diversidade de gênero, de modo que futuros profissionais estejam preparados para atuar com equidade desde sua formação inicial.

## 5. Protocolo de Atendimento Humanizado

### 5.1 Acolhimento Inicial

O acolhimento inicial é etapa determinante para o êxito do atendimento. O reconhecimento imediato do nome social e o tratamento respeitoso desde a recepção até a cadeira odontológica sinalizam que o paciente é reconhecido em sua dignidade. Não se trata de favor, mas de cumprimento de um direito garantido por normativas nacionais, como a portaria que regulamenta o uso do nome social no SUS.

### 5.2 Anamnese Especializada

A anamnese deve ser conduzida com sensibilidade, evitando perguntas invasivas que não tenham relação com a prática clínica. No caso de pacientes que utilizam terapia hormonal, o profissional deve considerar possíveis alterações nas respostas inflamatórias gengivais ou em outros aspectos periodontais. Isso demonstra não apenas conhecimento técnico, mas respeito pela individualidade e pela história clínica do paciente.

## 5.3 Adaptações Ergonômicas

Pacientes que passaram por modificações corporais, como implantes de silicone ou próteses, podem necessitar de adaptações ergonômicas na cadeira odontológica ou no tempo de atendimento. Tais ajustes, além de garantirem conforto físico, transmitem a mensagem de que o corpo daquela pessoa é respeitado em suas especificidades, promovendo segurança emocional e fortalecendo o vínculo terapêutico.

O protocolo humanizado, portanto, articula ciência, técnica e empatia, transformando o espaço clínico em um território de reconhecimento e cuidado integral.

# 6. Resultados e Conquistas

## 6.1 Indicadores de Qualidade

O TransOdonto tem demonstrado resultados significativos em diversos indicadores: fortalecimento do vínculo terapêutico, redução de intercorrências clínicas relacionadas à ansiedade, maior adesão a protocolos preventivos e diminuição expressiva do abandono de tratamento. Esses resultados confirmam que a humanização não é adereço, mas condição para eficácia clínica.

## 6.2 Formação Profissional

No âmbito da formação, o projeto promove uma ruptura com paradigmas excludentes ainda presentes na prática odontológica. Ao vivenciarem o contato com a população trans, estudantes ampliam sua visão de mundo, desenvolvem sensibilidade ética e se tornam capazes de enfrentar a

transfobia com postura crítica. Isso os prepara para exercer uma Odontologia que não se limita a tratar dentes, mas que atua na defesa do direito à saúde em sua integralidade.

## 6.3 Produção Científica

Embora não seja seu objetivo central, o projeto também possibilita a produção de dados clínicos e epidemiológicos que podem subsidiar políticas públicas e orientar campanhas preventivas direcionadas a populações vulneráveis. Nesse sentido, o TransOdonto contribui não apenas para o atendimento imediato, mas também para a formulação de estratégias de saúde coletiva que dialogam com os princípios da equidade.

## 7. Considerações Finais

O atendimento inclusivo em odontologia não depende de tecnologias complexas, mas sim de uma mudança de atitude e de postura profissional. O reconhecimento do nome social, por exemplo, é um direito já assegurado em legislações nacionais, e sua adoção nos serviços de saúde não deve ser tratada como concessão, mas como exigência ética e legal.

A plena integração da população trans aos serviços regulares de saúde ainda é um objetivo a ser conquistado, e enquanto isso não ocorre, experiências como o TransOdonto são fundamentais. Esses projetos representam espaços de inovação social e pedagógica, nos quais a inclusão, a educação e a humanização se encontram para produzir cuidado integral.

Ao final, fica evidente que a humanização não é mero ideal abstrato, mas um caminho concreto para materializar os princípios constitucionais e os valores fundantes do SUS. Humanizar significa reconhecer a dignidade de cada pessoa, independentemente de sua identidade ou expressão de gênero, garantindo a ela acesso seguro e de qualidade ao direito à saúde. Nesse sentido, o TransOdonto revela-se não apenas um projeto acadêmico, mas uma prática de justiça social em ação.

IGOR 123

# TRANSTORNOS ALIMENTARES NA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

**Gisele Magalhães**

## 1. Contextualização e Fatores Contribuintes

A relação com a alimentação é multifatorial, envolvendo dimensões culturais, fisiológicas, familiares e sociais. Durante a adolescência, período marcado por transformações corporais e descobertas da sexualidade, esses fatores tornam-se ainda mais sensíveis. A sociedade contemporânea dificulta o reconhecimento das próprias sensações de fome e saciedade, muitas vezes terceirizando essas percepções a nutricionistas, mídias ou padrões culturais externos. Essa desconexão com sinais fisiológicos naturais impacta diretamente a relação com a comida, criando condições propícias para o surgimento de transtornos alimentares.

Tradicionalmente, os estudos sobre Transtornos Alimentares (TAs) focaram mulheres cisgênero e heterossexuais. No entanto, pesquisas recentes revelam uma prevalência significativa de TAs entre indivíduos da população LGBTQIAPN+.

Os transtornos alimentares são condições psicológicas caracterizadas por padrões anormais de comportamento alimentar que afetam negativamente a saúde física, o funcionamento social e o bem-estar emocional. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), esses transtornos são classificados como distúrbios mentais e comportamentais.

## 2. Classificação dos Transtornos Alimentares

De acordo com o DSM-5 (2014)[1], os transtornos alimentares incluem uma ampla gama de condições, algumas pouco diagnosticadas, mas frequentes:

- Pica: consumo de substâncias não alimentares, como tijolos, barro ou cabelos.
- Transtornos alimentares restritivos e evitativos: incluem práticas como mastigar sem engolir ou manter dietas extremamente restritas, limitando a espontaneidade alimentar.
- Anorexia nervosa: redução extrema da ingestão alimentar, preocupações intensas com o corpo e distúrbio de imagem corporal.
- Bulimia nervosa: Purgação do alimento ingerido por meio de vômitos, laxantes ou exercício físico excessivo.

1 DSM-5 — *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 5ª edição, publicado pela American Psychiatric Association (APA) em 2013, com tradução para o português em 2014. O manual dedica um capítulo específico aos transtornos alimentares e da ingestão de alimentos, ampliando e reorganizando as categorias diagnósticas em relação à edição anterior, incluindo condições historicamente subdiagnosticadas.

- Transtorno da compulsão alimentar: caracterizado por episódios recorrentes de ingestão alimentar excessiva, diferenciando-se do simples exagero ocasional. Casos clínicos evidenciam comportamentos complexos, como consumo de alimentos descartados, demonstrando a intensidade e a gravidade da compulsão.
- Transtornos alimentares sem outra especificação: incluem perturbações persistentes na alimentação ou no comportamento alimentar, comprometendo relações sociais e a interação com a comida.

Estudos internacionais mostram que adolescentes LGBTQIAPN+ apresentam risco significativamente maior de transtornos alimentares em comparação à população geral. Entre adolescentes gerais, aproximadamente 20% apresentam comportamentos de risco, enquanto entre adolescentes LGBTQIAPN+, 54% receberam diagnósticos de transtornos alimentares. Além disso, 21% relatam suspeita de transtornos alimentares ou vivências de desordens alimentares, indicando prevalência elevada e necessidade urgente de atenção.

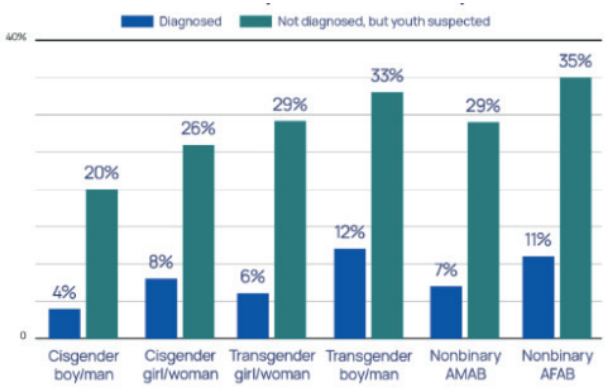
A anorexia geralmente se manifesta entre os 10 e 11 anos, coincidindo com mudanças corporais e início da consciência sexual, enquanto a bulimia tende a emergir entre 14 e 15 anos, associada a práticas de purgação. Esses dados reforçam a importância de compreender a alimentação não apenas como ingestão de nutrientes, mas como fenômeno social, psicológico e identitário, especialmente em populações marginalizadas como a LGBTQIAPN+.

A alta prevalência de transtornos alimentares entre adolescentes LGBTQIAPN+ evidencia lacunas nos serviços de saúde, educação e apoio psicossocial. A invisibilidade e a discriminação que essas pessoas enfrentam aumentam vulnerabilidades e contribuem para o adoecimento alimentar. Intervenções efetivas requerem abordagem multifatorial, incluindo acolhimento respeitoso, acompanhamento nutricional e psicológico integrado, além da construção de políticas públicas inclusivas que considerem a especificidade da experiência LGBTQIAPN+.

O reconhecimento precoce, a prevenção e o suporte contínuo são fundamentais para reduzir os impactos desses transtornos na saúde física e mental, promovendo bem-estar, autoestima e qualidade de vida para adolescentes e adultos da população LGBTQIAPN+.

A ilustração a seguir ilustra o percentual de Transtornos Alimentares nos grupos cisgêneros, transgêneros e não binários.

**Figura 1: Porcentagem de jovens LGBTQ que relataram um distúrbio alimentar por disforia de gênero-**




Fonte: SCHLAPP-GILGOFF, Mollie. Eating disorders in LGBTQIA+ Populations

# 3. Fatores de Risco e Vulnerabilidades na População LGBTQIAPN+

## 3.1 Diferenças Entre Gêneros e Expressões Não Binárias

Estudos recentes indicam diferenças significativas na incidência de transtornos alimentares entre mulheres trans, homens trans e pessoas não binárias. Além disso, pesquisas com aplicativos de relacionamentos evidenciam a pressão estética sobre homens cisgêneros e homossexuais, frequentemente manifestando-se de forma explícita por meio de exclusões gordofóbicas nos perfis. A gordofobia atua como fator discriminatório intenso, revelando padrões de exclusão social e estética que impactam diretamente a autoestima e a relação com a alimentação.

## 3.2 Insegurança Alimentar

A insegurança alimentar representa um dos principais fatores de risco para transtornos alimentares na população trans. Situações de abandono familiar, expulsão de casa e vulnerabilidade habitacional contribuem para a exposição a condições de extrema privação alimentar. Estudos no Brasil mostram que 68,8% das pessoas trans vivenciam insegurança alimentar, com 20,2% permanecendo até três dias sem nenhuma refeição. Essas condições agravam a vulnerabilidade física e psicológica, aumentando a propensão ao desenvolvimento de comportamentos alimentares desordenados.

## 3.3 Impactos Psicossociais e Fatores de Risco

Os principais fatores de risco e impactos psicossociais são o *bullying*, a evasão escolar e a rejeição familiar ou social.

Eles geram estresses significativos que se traduzem em crenças negativas sobre si mesmos, estresse de minoria desde a infância e juventude, experiências de violência e desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), incapacidade de atender aos ideais de imagem corporal em alguns contextos culturais LGBTQIAPN+.

Durante a adolescência, quando a sexualidade e a transformação corporal emergem, essas pressões sociais e culturais tornam-se fatores críticos para o surgimento de transtornos alimentares. Mudanças corporais naturais, como desenvolvimento de seios ou pelos, somadas à expectativa de conformidade social, podem intensificar o risco de anorexia, bulimia ou compulsão alimentar como estratégias de controle ou proteção do corpo.

## 3.4 Comportamentos Alimentares de Risco

Os comportamentos alimentares de risco podem refletir tentativas de autoproteção frente à hostilidade social, evitando a exposição de corpos considerados inadequados ou protegendo a identidade de gênero em ambientes não acolhedores. A busca por um corpo mais andrógeno ou pela minimização de traços femininos ou masculinos é frequentemente uma estratégia de enfrentamento diante da insegurança, estigmatização e exclusão social.

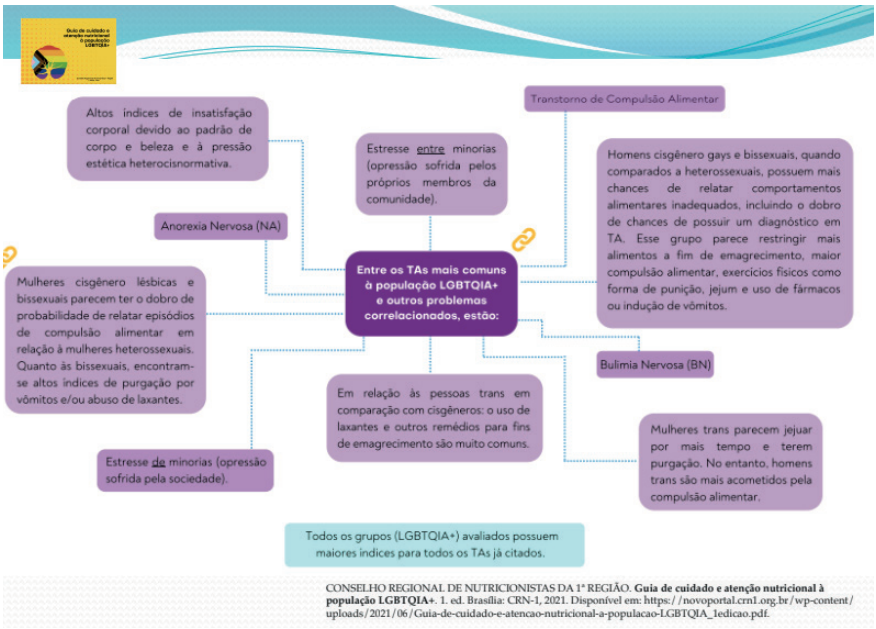
## 3.5 O Papel do Atendimento Nutricional

O acompanhamento nutricional não realiza diagnóstico clínico de transtornos alimentares, atuando prioritariamente

nos comportamentos relacionados à alimentação. A atuação do profissional deve ser pautada no acolhimento, compreensão do contexto social e psicológico, e intervenção direcionada aos hábitos alimentares prejudiciais. Essa abordagem enfatiza o cuidado com os sintomas, reconhecendo que os transtornos alimentares são multifatoriais, envolvendo dimensões psicológicas, sociais e identitárias.

Em 2021, o Conselho Regional de Nutricionistas da 1ª Região elaborou um Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIAPN+, que tem o objetivo de auxiliar nutricionistas no atendimento. Confira a figura a seguir:

**Figura 2: TAs mais comuns à população LGBTQIAPN+**




Fonte: BRASIL. Conselho Regional de Nutricionistas da 1ª Região. Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+. 1. ed. Brasília: CRN-1, 2021. Disponível em: Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+.

# 4. Diretrizes Profissionais e Desafios no Atendimento Nutricional à População LGBTQIAPN+

## 4.1 Orientações do Conselho Federal e Regional de Nutrição

O Manual do Conselho Regional de Nutrição da 1ª Região (CRN-01)[2], validado pelo Conselho Federal de Nutrição (CFN), visa orientar a atuação de nutricionistas no cuidado com a população LGBTQIAPN+. O material aborda práticas de acolhimento, avaliação e acompanhamento nutricional, respeitando identidades de gênero e orientações sexuais diversas, promovendo segurança alimentar e atenção integral. A adesão a estas diretrizes é fundamental para reduzir preconceitos, fortalecer práticas inclusivas e garantir o direito à alimentação saudável.

## 4.2 Prevalência de Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares mais frequentes na população LGBTQIAPN+ incluem Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Compulsão Alimentar e Estresse de Minorias. Estudos indicam que, em comparação com heterossexuais, gays e bissexuais apresentam maior incidência desses transtornos. Mulheres cis, lésbicas e bissexuais apresentam, ainda, o dobro de probabilidade de relatar episódios de compulsão alimentar, frequentemente associados a mecanismos de *coping*[3] frente à frustração ou exclusão social.

---

2 CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 1ª REGIÃO (CRN-1). Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+. Brasília, 2021.

3 Mecanismos de *coping* são estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com situações estressantes visando reduzir o desconforto psicológico e restaurar o bem-estar.

## 4.3 Experiência Clínica e Abordagem Nutricional

No acompanhamento nutricional, o foco recai sobre os comportamentos alimentares e não sobre a retirada do sintoma, evitando que o sofrimento seja deslocado para outras práticas autolesivas. Casos clínicos ilustram a complexidade do manejo, mostrando que a abordagem deve ser delicada e centrada no acolhimento, levando em consideração o contexto social, familiar e emocional do paciente. Estratégias comportamentais, como listas de checagem ou imposição de metas sociais, podem ser prejudiciais e não substituem a construção de vínculos e compreensão do indivíduo.

## 4.4 Gatilhos e Fatores Externos

Profissionais de saúde, incluindo nutricionistas, endocrinologistas e médicos, podem, inadvertidamente, atuar como gatilhos para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Exemplos incluem comentários sobre peso, dieta ou padrões corporais que reforçam estereótipos de gênero ou padrões estéticos. Além disso, as redes sociais e a exposição midiática contribuem para pressões sobre alimentação e corpo, amplificando vulnerabilidades, especialmente na adolescência.

## 4.5 Impacto de Questões de Saúde e Acesso a Serviços

A população trans enfrenta barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde, o que agrava condições como câncer ou outras doenças crônicas. A ausência de acompanhamento adequado, seja por discriminação ou desconhecimento dos profissionais, leva a diagnósticos

tardios e tratamentos insuficientes, aumentando riscos à saúde e impactando o bem-estar geral. Mulheres lésbicas também enfrentam violências institucionais, como a aplicação de discursos religiosos e dogmáticos, comprometendo a continuidade de cuidados ginecológicos essenciais.

## 4.6 Inclusão da Rede de Apoio e Familiares

O cuidado nutricional deve incluir, sempre que possível, a rede de apoio do paciente – familiares, cuidadores ou outros profissionais de saúde envolvidos – para uma abordagem integral. O diálogo e a compreensão do contexto do paciente são essenciais, pois os transtornos alimentares não se restringem a comportamentos de comer ou não comer, mas refletem lacunas afetivas, emocionais e sociais.

## 4.7 Avaliação e Conduta Nutricional Individualizada

A terapia nutricional inclui acolhimento, avaliação nutricional, antropométrica, bioquímica, clínica, dietética e comportamental. Para pessoas trans, essas avaliações consideram a influência hormonal sobre composição corporal, metabolismo e necessidades nutricionais. Cada intervenção é única, pautada pela história de vida, desejos, experiências e conhecimento do paciente, respeitando a singularidade de sua trajetória.

## 4.8 Atenção Nutricional à População Idosa e Gestante/ Lactante Trans

O cuidado nutricional com pessoas idosas trans segue princípios similares aos aplicados à população cisgênero,

incluindo atenção à ingestão adequada de cálcio, manutenção da massa muscular, equilíbrio energético e prevenção de perdas funcionais. Entretanto, é necessário monitorar com especial atenção os efeitos hormonais sobre a absorção de nutrientes, garantindo intervenções seguras e efetivas.

No caso de gestantes e lactantes trans, as recomendações nutricionais devem seguir os parâmetros estabelecidos para mulheres cis, incluindo orientações sobre ganho de peso adequado, necessidades de macro e micronutrientes, hidratação e suporte à lactação, sempre respeitando a identidade de gênero e assegurando acompanhamento clínico individualizado.

Essa abordagem evidencia que o cuidado nutricional deve ser integral, adaptado às especificidades de cada etapa da vida e à diversidade corporal e hormonal, promovendo saúde e qualidade de vida em todas as fases.

## 4.9 Políticas Públicas de Nutrição e Segurança Alimentar

As políticas públicas de nutrição no Brasil têm histórico centrado na garantia da segurança alimentar, com destaque para o papel do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea)[4], órgão responsável por promover o direito à alimentação adequada e a implementação de programas que assegurem comida na mesa da população.

Em 2019, a extinção do Consea deixou lacunas significativas na coordenação de políticas voltadas à segurança alimentar. O restabelecimento do Conselho, em 2023,

4 CONSEA foi criado em 1993, com a finalidade de formular e articular políticas públicas de combate à fome e promoção da segurança alimentar e nutricional no Brasil.

possibilitou a retomada dessas políticas, mas sua implementação efetiva só começou a se consolidar em 2025, com esforços conjuntos do Ministério da Saúde para reestruturar programas de alimentação, monitoramento nutricional e garantia do direito humano à alimentação.

Essa retomada demonstra a relevância do Consea como mecanismo institucional de promoção da equidade alimentar, especialmente para populações vulneráveis, incluindo grupos LGBTQIAPN+, que enfrentam barreiras adicionais de acesso à alimentação adequada devido a fatores socioeconômicos, discriminação e exclusão social.

Dentro dos capítulos de Responsabilidade Profissional e de Relações Interpessoais, é explicitado que é vedado ao nutricionista praticar qualquer tipo de agressão, humilhação a qualquer pessoa, além de poder denunciar, ao orgãos competentes, qualquer forma de discriminação.

## 4.10 Código de Ética do Nutricionista e o Cuidado Integral

O Código de Ética do Nutricionista estabelece princípios fundamentais que orientam a atuação profissional, ressaltando a necessidade de cuidado com todas as pessoas, independentemente de gênero, orientação sexual, idade, etnia ou condição de saúde. Esse cuidado integral deve contemplar tanto aspectos clínicos quanto sociais, respeitando a individualidade de cada paciente e promovendo o direito à alimentação adequada como um elemento central da saúde e do bem-estar.

O cumprimento dessas diretrizes implica atenção às

especificidades da população LGBTQIAPN+, idosas, gestantes e lactantes, assegurando que intervenções nutricionais não se limitem a prescrições padrão, mas considerem fatores hormonais, biológicos, culturais e psicológicos que influenciam a alimentação e a saúde de cada indivíduo. Essa abordagem ética garante que a prática profissional seja inclusiva, humanizada e fundamentada no respeito à dignidade e à vida de todos.

**Figura 3: Lista de ambulatórios que realizam acolhimento à população LGBTQIAPN+[5]**

Fonte: Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+, 2021.

## 4.11 Acesso a Serviços de Saúde é Prioridade na Sobrevivência

O mapeamento de serviços de saúde voltados ao atendimento da população trans no Brasil revela uma

5 Consultar lista completa em: https://novoportal.crn1.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Guia-de-cuidado-e-atencao-nutricional-a-populacao-LGBTQIA_1edicao.pdf

disponibilidade extremamente limitada, o que evidencia a necessidade urgente de expansão e fortalecimento dessas políticas públicas. Essa escassez impacta diretamente no manejo de transtornos alimentares, reforçando que a prioridade do cuidado deve ser a manutenção da vida e a garantia de segurança e bem-estar do paciente, acima de metas estéticas ou controle de peso.

O acompanhamento nutricional e clínico deve considerar a autonomia do paciente, estabelecendo um diálogo baseado em acolhimento e escuta ativa. A pergunta inicial "O que posso fazer por você?" direciona o cuidado para necessidades reais do indivíduo, respeitando suas experiências e promovendo a sobrevivência como valor central. Essa abordagem ética e humanizada é fundamental para prevenir desfechos graves e garantir a proteção da vida de pessoas em situação de vulnerabilidade, sobretudo no contexto da população LGBTQIAPN+.

## 5. Considerações Finais

O cuidado nutricional e clínico com a população LGBTQIAPN+ exige uma abordagem ampla, ética e humanizada, que vá além de metas estéticas ou protocolos padronizados. Os transtornos alimentares, quando observados nesse contexto, revelam não apenas padrões de comportamento alimentar, mas também relações complexas com identidade, afetividade, estresse social e desigualdades estruturais.

Garantir o acesso a serviços de saúde acolhedores e especializados é fundamental para promover a sobrevivência, o

bem-estar e a qualidade de vida das pessoas trans, não binárias e de outras identidades diversas. A atuação profissional deve priorizar a escuta, o respeito à autonomia e às especificidades de cada indivíduo, reconhecendo a alimentação como um elemento central para a saúde integral.

O fortalecimento das políticas públicas de nutrição, incluindo a retomada e expansão de conselhos e programas de segurança alimentar, é essencial para reduzir vulnerabilidades e promover equidade. Em todos os níveis, profissionais de saúde devem atuar com responsabilidade ética, sensibilidade cultural e compromisso com a dignidade de todas as vidas, reconhecendo que a prioridade máxima é manter o paciente vivo, seguro e respeitado em sua individualidade.

Este enfoque reflete um cuidado que integra ciência, empatia e justiça social, reafirmando que a promoção da saúde da população LGBTQIAPN+ é uma responsabilidade coletiva e uma dimensão essencial da prática profissional contemporânea.

## REFERÊNCIAS:

Bruch H. The Golden Cage: the enigma da anorexia nervosa, 7ed. Harvard: University Press.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 1a REGIÃO. Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+. 1ª ed. Brasília: CRN-1, 2021. Disponível em: https://novoportal.crn1.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Guia-de-cuidado-e-atencao-nutricional-a-populacao-LGBTQIA_1edicao.pdf. Acesso em: 26 jun. 2025.

COSENZA, D.. Il Muro dell`Anoressia. Astrolábio, Roma, 2008.

COSENZA, D.. Introducción a la clínica de la anorexia, bulimia e obesidad. In: Logos 8, Arenas, Alicia 1a ed, Olivos: Grama ediciones, 2014.

FERREIRA, RA. Anorexia nervosa e bulimia nervosa. In: Haase VG, Ferreira FO, Penna FJ. Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. p. 273 - 280.

FERREIRA RA, Cunha CF, Torres HOG. Anorexia e Bulimia na Adolescência. In: Leão E. et al. Pediatria Ambulatorial. Belo Horizonte:Coopmed, 2013. p. 475 - 482.

FOSTER-GIMBEL, O., & ENGELN, R. Fat chance! Experiences and expectations of antifat bias in the gay male community. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, v. 3, n. 1), 2016. p. 63 - 70.

GOMES, Sávio Marcelino et al. Food insecurity in a Brazilian transgender sample during the COVID-19 pandemic. PLoS One, v. 18, v. 5, 2023.

GONZALEZ A., Kohn M.R., Clarke S.D. Eating disorders in adolescents. Australian Family Physician 36, 2007. p. 614 - 619.

GORDON R., Anorexia and Bulimia. Anatomy of a social epidemy, Oxford, Basil Blackwell Ltd, 1990.

MADUEÑO, FJT. Anorexia y bulimia: una experiencia clinica. Madrid: Díaz de Santos, 2003.

Nagata JM, Stuart E, Hur JO, Panchal S, Low P, Chaphekar AV, Ganson KT, Lavender JM. Eating Disorders in Sexual

and Gender Minority Adolescents. Curr Psychiatry Rep. 2024 Jul;26(7):340-350. doi: 10.1007/s11920-024-01508-1. Epub 2024 Jun 3. PMID: 38829456; PMCID: PMC11211184.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando. Discursos sobre o cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, 2019.

RECALCATI M, Merli UZ. Anoressia, bulimia e obesità. Torino: Bollati Boringuieri, 2006.

SANTONICCOLO F, Rollè L. The role of minority stress in disordered eating: a systematic review of the literature. Eat Weight Disord. 2024 Jun 8;29(1):41. doi: 10.1007/s40519-024-01671-7. PMID: 38850334; PMCID: PMC11162380.

SCHLAPP-GILGOFF, Mollie. Eating Disorders In LGBTQIA+ Populations. NEDA, S.d. Disponível em: <https://www.nationaleatingdisorders.org/ eating-disorders-in-lgbtqia-populations/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

# DIVERSIDADE VOCAL - VOZ LIVRE, CORPO PRESENTE

**Jade Carnevalli** [1]

Sou Jade Carnevalli, fonoaudióloga, e agradeço a oportunidade de compartilhar experiências tanto pessoais quanto profissionais sobre diversidade vocal. Pretendo estabelecer uma conversa direta sobre essa temática fundamental. Apresento-me como uma mulher trans, branca, de estatura alta. O tema central desta apresentação é a diversidade vocal, abordando como a voz representa um marcador de identidade e permeia todos os espaços sociais. É fundamental compreender que a voz de pessoas trans e travestis constitui uma voz política, de resistência e luta, não devendo ser enquadrada em padrões normativos tradicionais. Sou nascida no interior de Minas Gerais, e desde cedo tenho o objetivo de transformar vidas por meio da voz. Atualmente, sou mestranda

1 Fonoaudióloga e mestranda em Ciências Fonoaudiológicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atua como fonoaudióloga clínica e hospitalar no Hospital da Baleia, trabalhando com cuidados paliativos, disfagia e reabilitação de câncer de cabeça e pescoço. Certificada em Gerontologia pelo Instituto Politécnico de Bragança e desenvolve pesquisas com enfoque no letramento funcional em saúde da voz de pessoas trans e travestis, além de atuar na preparação vocal de cantores de alta performance.

em Letramento em Saúde da Voz pela UFMG e atuo na área de saúde do idoso, especificamente no Hospital da Baleia, com reabilitação de câncer de cabeça e pescoço.

## Diversidade Vocal e Representatividade: A Voz como Marcador de Identidade

A voz constitui elemento central da identidade e instrumento de resistência política para pessoas trans e travestis. Ela transcende seu caráter técnico, manifestando-se como expressão social, cultural e histórica, desafiando normas heteronormativas. A voz trans representa visibilidade e empoderamento, contribuindo para a construção de uma sociedade mais inclusiva. Reconhecer a voz como marcador de identidade é essencial para reduzir a marginalização e promover equidade social.

## Reflexões sobre Representatividade

A invisibilidade de pessoas trans e travestis em espaços acadêmicos e profissionais evidencia lacunas significativas na construção de políticas de inclusão e na formulação de práticas institucionais que atendam de maneira equitativa a diversidade de gênero. A ausência de vozes trans em debates sobre saúde, educação, comunicação e outras áreas estratégicas impede que suas experiências e necessidades específicas sejam reconhecidas e integradas, perpetuando desigualdades estruturais.

Essa sub-representação também se manifesta nos serviços de saúde, nos quais a população trans é frequentemente

subatendida, ignorada ou abordada sem respeito às especificidades de sua identidade de gênero, incluindo o uso de nome social e pronomes adequados. A falta de formação profissional direcionada para o acolhimento inclusivo resulta em barreiras de acesso, discriminação velada e piora da qualidade de atendimento, acarretando efeitos negativos na saúde física, mental e social dessas pessoas.

Reconhecer e integrar ativamente as vozes trans nos processos de decisão, planejamento e implementação de políticas públicas é essencial para reduzir desigualdades e promover equidade em todas as áreas. Além disso, a presença significativa dessas vozes contribui para a construção de ambientes mais inclusivos, humanizados e sensíveis às diversidades, fortalecendo a representatividade e garantindo que os direitos de pessoas trans e travestis sejam respeitados de maneira concreta e efetiva.

## Conceito de Voz: Além da Definição Técnica

Do ponto de vista técnico, a voz é produzida pela vibração das pregas vocais e pela ressonância das cavidades orais e nasais. Entretanto, essa definição não contempla dimensões psicológicas, sociais e identitárias da voz, especialmente para pessoas trans. A abordagem tradicional limita-se a padrões masculinos e femininos, ignorando variações e nuances presentes na realidade trans. Compreender a voz como expressão de identidade e subjetividade permite expandir práticas fonoaudiológicas, incluindo estratégias de empoderamento vocal e promoção de saúde emocional e social.

A sociedade estabelece expectativas rígidas sobre vozes "femininas" (melódicas, agudas, suaves) e "masculinas" (graves, firmes, com certa rouquidão), construindo um repertório normativo que restringe a expressão individual. Tais padrões refletem conceitos heteronormativos, reforçando papéis de gênero pré-determinados e invisibilizando vozes que fogem a essas convenções. Desde a infância, muitas pessoas são silenciadas ou constantemente corrigidas quando suas vozes não se alinham às expectativas sociais de gênero, gerando impactos duradouros que podem perpetuar traumas emocionais, dificuldades de socialização e baixa autoestima na vida adulta.

Em contextos rurais ou pequenas cidades, onde a vigilância social sobre comportamentos de gênero é mais intensa, crianças cujas vozes divergem das normas esperadas enfrentam correções diretas e reiteradas. Por exemplo, crianças com timbres agudos designadas como "meninos" podem ser instruídas a modificar a voz para tons mais graves, reforçando a ideia de que a masculinidade está intrinsecamente ligada a uma frequência vocal específica. Analogamente, meninas com vozes mais graves ou roucas podem receber cobranças para tornar sua fala mais delicada e feminina, reforçando estereótipos de meiguice e fragilidade. Essa padronização precoce da expressão vocal condiciona comportamentos futuros e influencia diretamente a relação com a própria identidade.

É relevante observar ainda como a percepção social difere conforme o contexto de gênero. Uma voz rouca em uma mulher cisgênero pode ser interpretada como sensual ou marcante, enquanto em uma pessoa trans frequentemente resulta em estigmatização, rejeição ou preconceito. Essas avaliações

sociais desiguais demonstram que o julgamento vocal não se baseia apenas na acústica, mas em construções culturais que limitam a liberdade de expressão e reforçam desigualdades de gênero. Reconhecer e desconstruir esses estereótipos é essencial para promover inclusão, respeito à diversidade vocal e valorização da identidade individual.

## A Voz como Marcador de Identidade

A voz constitui um marcador único e intransferível da identidade de cada indivíduo, funcionando como elemento central de expressão pessoal e social. Cada pessoa possui características vocais que a distinguem das demais, sendo capazes de transmitir informações sobre gênero, idade, estado emocional e aspectos culturais. Essa individualidade vocal permite reconhecer alguém apenas pelo som de sua voz, mesmo em contextos em que a presença física não é observada, como em chamadas telefônicas ou gravações de áudio.

> "A voz não é apenas um instrumento de comunicação, mas um marcador de identidade de gênero, de pertencimento social e de expressão subjetiva." (Pereira & Zambon, 2020).

Para pessoas trans e travestis, no entanto, essa singularidade muitas vezes não é respeitada ou validada. A pressão social para que a voz se enquadre em padrões binários de gênero – "grave" para homens, "aguda" para mulheres – desconsidera a identidade real do indivíduo e gera impactos significativos no reconhecimento social e na autoestima. Essa desconsideração contribui para situações de

constrangimento, discriminação e isolamento, evidenciando a necessidade de práticas inclusivas e acolhedoras que respeitem a individualidade vocal como expressão legítima da identidade de gênero.

Além do reconhecimento social, a valorização da voz como marcador de identidade é também uma questão de saúde integral, uma vez que o alinhamento entre expressão vocal e identidade percebida reduz a disforia, fortalece a autoconfiança e promove bem-estar psicológico, sendo essencial para a plena participação social e profissional das pessoas trans.

## Desafios Cotidianos

Pessoas trans enfrentam desafios cotidianos relacionados à expressão vocal, que refletem barreiras sociais e institucionais persistentes. Entre essas dificuldades, destaca-se a necessidade frequente de adaptar ou "treinar" a própria voz para que seja reconhecida e respeitada, especialmente em contextos profissionais, acadêmicos e sociais, o que pode gerar grande desgaste emocional.

O desconforto com a própria voz ocorre quando esta não corresponde à identidade de gênero percebida ou desejada, gerando disforia vocal e impacto direto na autoestima e na confiança pessoal. Adicionalmente, a constante correção de nomes e pronomes por parte de terceiros reforça o sentimento de invalidação e exclusão, criando ambientes sociais e institucionais hostis.

A discriminação manifesta-se também em atendimentos telefônicos ou presenciais em serviços de saúde, educação e atendimento público, dificultando o acesso a direitos básicos.

Essas situações, repetidas ao longo do tempo, contribuem para o isolamento social, levando muitas pessoas trans a evitarem interações públicas e a restringirem sua presença em espaços comunitários. As consequências desse isolamento são graves, afetando não apenas a saúde mental e o bem-estar emocional, mas também o acesso a cuidados essenciais, serviços educativos e oportunidades profissionais, perpetuando desigualdades estruturais e sociais.

## Evidências Científicas

Estudos conduzidos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) evidenciam que pessoas trans apresentam menor qualidade de vida relacionada à voz, sendo a percepção de alterações vocais um fator determinante desse impacto. Quanto mais intensamente a voz se distancia da expressão de gênero percebida ou desejada, maior o comprometimento do bem-estar emocional e social, independentemente de se tratar de homens ou mulheres trans.

Pesquisas específicas indicam que mulheres trans que enfrentam maiores dificuldades vocais apresentam maior incidência de sintomas de ansiedade, depressão e outras manifestações de sofrimento psíquico, demonstrando o impacto direto da disforia vocal sobre a saúde mental. Esses efeitos não se restringem à vida adulta: crianças expostas desde cedo a estigmatizações e cobranças sobre a voz experimentam marcas profundas, como ansiedade precoce, repressão da expressão vocal, isolamento social e redução da autoconfiança.

As evidências científicas reforçam que a voz transcende sua função comunicativa, atuando como mediadora de

identidade e reconhecimento social. O não acolhimento das necessidades vocais específicas da população trans perpetua vulnerabilidades psicossociais e limita a plena participação em contextos educacionais, profissionais e comunitários.

## A Voz como Marcador Histórico

A voz representa o primeiro marcador de existência, sendo pelo choro que se identifica a vitalidade de um recém-nascido. Ela não é apenas um fenômeno fisiológico ou um objeto de estudo técnico, mas um elemento intrínseco à experiência humana, carregando memória, história e identidade.

Profissionais de saúde devem compreender que a voz funciona como um registro vivo do percurso individual, refletindo experiências, vivências emocionais e contextos socioculturais. Ela constitui um elo entre o sujeito e o mundo, permitindo a expressão de sentimentos, necessidades e singularidades. Reconhecer a dimensão histórica e simbólica da voz é essencial para práticas de cuidado que respeitem integralmente a identidade de cada pessoa, especialmente da população trans, cuja expressão vocal muitas vezes sofre violências e silenciamentos ao longo da vida.

"COLOCAR A VOZ NO LUGAR DE SUJEITO E NÃO DE OBJETO!"

## Disforia Vocal: Relatos e Impactos

A disforia vocal constitui um dos principais desafios vivenciados por pessoas trans, afetando múltiplos aspectos da vida cotidiana e da saúde mental. Relatos da população

trans demonstram que a vergonha da própria voz é frequente, gerando constrangimento em situações sociais simples, como atender telefonemas ou participar de reuniões presenciais. Essa vergonha muitas vezes é intensificada pelo não reconhecimento da identidade de gênero, criando um ciclo de insegurança e autocrítica constante.

As dificuldades em relacionamentos interpessoais refletem-se tanto no âmbito familiar quanto em amizades e relações profissionais. A necessidade de "provar" constantemente a própria identidade diante de colegas, familiares ou desconhecidos impõe um esforço emocional contínuo, que pode resultar em fadiga psicológica e retraimento social.

A disforia vocal também limita a vida social e profissional, restringindo oportunidades de inserção em espaços acadêmicos, culturais e de trabalho. A invisibilidade e a invalidação da voz trans contribuem para a marginalização, dificultando o acesso a posições de liderança, comunicação efetiva e participação plena em atividades comunitárias.

Questões de autoestima e adoecimento emocional são consequências diretas desse sofrimento. Sintomas de ansiedade e depressão são recorrentes, frequentemente associados a sentimentos de inadequação, isolamento e autocensura. Crianças e adolescentes que vivenciam estigmatização precoce em relação à voz podem desenvolver padrões de retraimento social que se perpetuam na vida adulta, criando barreiras adicionais ao bem-estar e à integração social.

Algumas falas de pacientes exemplificam essa questão, como os exemplos a seguir:

"[...] e a minha voz, pra mim, é uma vergonha, porque eu acho ela muito fina, e isso, muitas vezes, me 'empata' de falar em público, porque a minha voz, ela não me representa. Então, eu sei que isso é uma característica pra já me olharem diferente. Para mim, isso me incomoda muito." (Z)

"[...] eu dei meu telefone, e todas as pessoas ligaram: 'Ai, mas não era um menino?'. 'É um menino'. E as pessoas nunca aceitaram [...] e aí, foi um tempo que me causou muita disforia com a minha voz." (J)

"[...] às vezes, eu evito cantar em casa, porque ouvir a minha própria voz me incomoda, eu acho ainda muito feminina. Por isso que eu gosto tanto de tá rouco, porque quando eu tô rouco, a voz tá mais grossa. No trabalho, eu comentando com o pessoal: 'Ah, eu gosto de quando eu tô gripado porque a voz fica mais grossa'. Aí, elas olharam pra mim: 'Não, a tua voz tá do mesmo jeito'. Mas, pra mim, eu ouvindo, ela tá diferente. Então, isso chega me 'deixa' mais tagarela." (Z)

O reconhecimento desses impactos é fundamental para a formulação de práticas de cuidado que promovam acolhimento, validação da identidade e desenvolvimento de estratégias de afirmação vocal. Intervenções fonoaudiológicas, suporte psicológico e ambientes sociais inclusivos são essenciais para reduzir o sofrimento, reforçar a autoestima e assegurar o direito à expressão plena da identidade de gênero.

## Efeitos da Terapia Hormonal na Voz

A terapia hormonal exerce efeitos distintos sobre a voz, dependendo do gênero de transição, com implicações diretas na prática fonoaudiológica e no bem-estar psicológico da pessoa trans.

No caso de mulheres trans, a terapia hormonal de feminização não altera significativamente as características vocais. Isso ocorre porque os hormônios feminilizantes não promovem mudanças fisiológicas nas pregas vocais ou nas estruturas de ressonância. Consequentemente, a fonoterapia torna-se um recurso essencial para o desenvolvimento da voz, permitindo ajustes de altura vocal, ressonância, entonação e expressividade. O trabalho fonoaudiológico sistemático possibilita a construção de uma voz congruente com a identidade de gênero, promovendo maior segurança, autoestima e validação social.

Para homens trans, a administração de testosterona provoca alterações fisiológicas mais pronunciadas nas pregas vocais, resultando no engrossamento da voz. Normalmente, essas mudanças ocorrem em um período médio de três a seis meses, com variações individuais dependendo da resposta biológica. Esse processo contribui para a masculinização vocal, mas ainda pode demandar acompanhamento fonoaudiológico para otimização da projeção, articulação, controle respiratório e prevenção de tensões musculares, garantindo que a voz seja saudável, funcional e condizente com a identidade de gênero.

Compreender esses efeitos é fundamental para que profissionais de saúde ofereçam suporte adequado,

integrando avaliação clínica, orientação fonoaudiológica e acompanhamento contínuo, respeitando a individualidade de cada paciente. O planejamento de intervenções deve considerar não apenas a fisiologia vocal, mas também o impacto psicológico da congruência vocal na autoestima, inclusão social e qualidade de vida das pessoas trans.

O atendimento a pessoas trans não deve ser tratado como nichado ou restrito a profissionais especializados exclusivamente nesse público. A formação acadêmica e a prática profissional na fonoaudiologia ou em outras áreas da saúde devem contemplar o atendimento dessa população de forma integrada, assegurando que as especificidades sejam respeitadas e promovendo cuidado integral. A abordagem deve equilibrar competência técnica, compreensão das particularidades da identidade de gênero e atenção às necessidades individuais, garantindo inclusão e equidade no acesso aos serviços.

A realidade prática, entretanto, revela lacunas significativas. Muitos profissionais ainda reproduzem padrões discriminatórios ou desconhecem protocolos de atendimento adequados, o que dificulta o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde. Experiências de LGBTfobia, mesmo em contextos de busca por cuidado e aprimoramento pessoal, são relatadas com frequência e geram retraimento no acesso aos serviços. Situações desse tipo evidenciam a urgência de capacitação profissional, sensibilização e implementação de práticas respeitosas em todos os níveis de atenção à saúde.

O percurso adequado para atendimento fonoaudiológico às pessoas trans deve contemplar etapas estruturadas e integradas, assegurando qualidade, respeito e integralidade do cuidado.

Sendo essas as etapas:

1. Acolhimento na atenção primária: Recepção inicial com reconhecimento do nome social, escuta ativa e abordagem respeitosa, garantindo que a pessoa se sinta segura e validada desde o primeiro contato.
2. Encaminhamento via regulação: Orientação para serviços especializados conforme a necessidade, mantendo continuidade do cuidado e evitando descontinuidade no acompanhamento clínico.
3. Atendimento especializado em fonoaudiologia: Intervenções técnicas adequadas à identidade de gênero, incluindo ajuste de pitch, ressonância, entonação, expressividade e prevenção de lesões vocais, com monitoramento constante do progresso.
4. Garantia de cuidado integral: Abordagem multidisciplinar que considere aspectos físicos, psicológicos e sociais, promovendo bem-estar, autoestima e qualidade de vida.
5. Respeito à identidade de gênero: Observância estrita do nome social, pronomes e expressões de gênero, criando um ambiente de confiança e segurança que fortaleça a inclusão e o vínculo terapêutico.

Essa estruturação assegura que o atendimento seja não apenas tecnicamente eficiente, mas também humanizado, prevenindo retraimentos, discriminações e impactos negativos na saúde mental e social das pessoas trans.

## Trabalho Fonoaudiológico com Pessoas Trans

O atendimento fonoaudiológico a pessoas trans envolve múltiplos aspectos que integram competência técnica e compreensão das particularidades da identidade de gênero, visando não apenas resultados funcionais, mas também promoção da autoestima e bem-estar. A atuação profissional deve considerar cada indivíduo em sua totalidade, respeitando sua história de vida, experiências pessoais e necessidades específicas, garantindo que a voz se torne um instrumento de expressão autêntica e empoderamento.

Os principais componentes do trabalho fonoaudiológico incluem:

1. Pitch: Ajuste da altura vocal
   A altura vocal deve ser trabalhada de acordo com a identidade de gênero desejada, considerando a fisiologia individual e as metas de comunicação da pessoa. O ajuste do pitch envolve técnicas de fonoterapia que modulam a frequência fundamental da voz, equilibrando naturalidade, conforto vocal e autenticidade expressiva.
2. Ressonância: Projeção e qualidade vocal
   A ressonância vocal atua sobre a projeção, timbre e clareza da voz. A adaptação adequada das cavidades de ressonância contribui para uma voz que reflete a identidade de gênero, sem comprometer a saúde vocal ou gerar fadiga. Técnicas específicas permitem a otimização da ressonância em consonância com a expressividade desejada.

3. Expressividade: Entonação e melodia
   A modulação da entonação e da melodia da fala é essencial para que a voz reflita características pessoais e de gênero. O trabalho fonoaudiológico considera variações prosódicas e enfatiza padrões que promovam comunicação assertiva, naturalidade e conforto na interação social.
4. Articulação e ritmo: Precisão e fluidez
   O desenvolvimento da articulação e do ritmo da fala visa clareza e inteligibilidade. Técnicas de treino articulatório e prosódico garantem fluidez, reduzindo esforço vocal e favorecendo a compreensão em contextos comunicativos variados.
5. Comunicação não-verbal: Gestos e expressividade corporal
   A comunicação vocal é complementada pela linguagem corporal, gestos e expressões faciais. A integração entre voz e expressão corporal contribui para congruência entre identidade de gênero percebida e manifestada, fortalecendo a comunicação interpessoal e a assertividade.
6. Empoderamento vocal: Autoconfiança e projeção
   O trabalho fonoaudiológico visa promover autoconfiança, reconhecimento da própria voz e projeção adequada em diferentes contextos. O empoderamento vocal reduz a disforia, fortalece a autoestima e facilita a participação social e profissional.
7. Prevenção de lesões: Cuidados com o uso vocal
   A prevenção de lesões vocais é essencial, incluindo

orientação sobre higiene vocal, técnicas de respiração e estratégias de manejo da fadiga. O cuidado preventivo assegura saúde vocal a longo prazo, permitindo o uso sustentável da voz em contextos sociais e profissionais.

Esse conjunto de práticas assegura que a intervenção fonoaudiológica não se restrinja a ajustes técnicos, mas promova uma experiência integral de validação da identidade, fortalecimento da expressão individual e melhoria da qualidade de vida.

## Individualidade no Atendimento

O atendimento fonoaudiológico a pessoas trans deve reconhecer a singularidade de cada paciente, compreendendo que cada trajetória de vida, experiência social e percepção corporal influencia diretamente na voz e na comunicação. A abordagem centrada no indivíduo exige que o profissional considere não apenas aspectos técnico-vocais, mas também fatores emocionais, culturais e contextuais que moldam a identidade vocal.

Respeitar a individualidade implica analisar a história pessoal, experiências de discriminação, vivências de disforia vocal e expectativas em relação à própria voz. Essa compreensão permite adequar intervenções fonoaudiológicas de maneira personalizada, fortalecendo a autoestima e o vínculo terapêutico.

A prática clínica deve integrar avaliação técnica detalhada – incluindo pitch, ressonância, articulação e expressividade – com escuta sensível às necessidades emocionais e sociais do paciente. Ao valorizar a singularidade de cada pessoa, o

atendimento promove não apenas resultados funcionais, mas também reconhecimento social, empoderamento vocal e melhoria da qualidade de vida.

## Impactos da Transformação Vocal

A transformação vocal exerce influência direta sobre a experiência social, psicológica e profissional de pessoas trans. Além de proporcionar maior segurança na comunicação pública, a voz adequada fortalece a capacidade de interação em diferentes contextos, permitindo que a pessoa trans se faça ouvir e respeitar, sem a constante necessidade de justificar sua identidade.

O alinhamento entre expressão corporal e identidade de gênero reforça a coerência entre aparência, postura e voz, promovendo uma sensação de autenticidade e integridade pessoal. Esse alinhamento é essencial para a construção da autoestima e para o bem-estar emocional, contribuindo para a redução de ansiedade e desconforto social.

A redução do risco de discriminação representa outro impacto significativo, pois uma voz coerente com a identidade de gênero diminui a exposição a microagressões e situações de preconceito em diferentes contextos, incluindo escolas, universidades, locais de trabalho e serviços de saúde.

Além disso, a facilitação da reinserção no mercado de trabalho é uma consequência direta do empoderamento vocal. A voz adequada favorece a percepção de profissionalismo e competência, ampliando oportunidades de contratação e desenvolvimento de carreira, enquanto reduz barreiras relacionadas ao preconceito e à marginalização social.

Por fim, a validação social e reconhecimento da identidade fortalecem o direito à dignidade e à participação plena na sociedade. O reconhecimento da voz como elemento central da identidade contribui para o sentimento de pertencimento, favorecendo relações sociais mais equilibradas e respeitosas, além de consolidar a percepção de legitimidade da própria existência.

A transformação vocal, portanto, não se restringe ao aspecto técnico ou estético, mas representa um elemento estratégico de inclusão social, saúde mental e promoção da equidade, sendo essencial no processo de afirmação identitária e na construção de ambientes mais justos e acolhedores para pessoas trans.

De forma sucinta, podemos dizer que a Transformação Vocal permite à pessoa viver integralmente, ao promover os seguintes aspectos:

- Maior segurança na comunicação em público;
- Alinhamento da expressão vocal com a identidade de gênero;
- Menor risco de sofrer discriminação ou questionamento da identidade;
- Reinserção no mercado de trabalho.

## Desafios Profissionais

Profissionais trans enfrentam obstáculos específicos relacionados à validação de sua identidade e competência no ambiente de trabalho. O preconceito manifesta-se de múltiplas formas, incluindo discriminação em processos

seletivos, recusa de contratação e cancelamento de atendimentos ou consultas por parte de clientes ou pacientes. Essas situações refletem um padrão sistemático de marginalização, que afeta tanto a empregabilidade quanto a autonomia profissional.

A experiência trans no ambiente de trabalho evidencia que, além das dificuldades inerentes à profissão, há uma constante necessidade de negociação de identidade e respeito, frequentemente envolvendo questionamentos sobre a voz, expressão corporal e apresentação de gênero. Tais barreiras impactam diretamente a autoestima, a saúde mental e a segurança no desempenho das funções profissionais.

A voz representa um elemento central na afirmação da identidade de gênero e na construção de credibilidade profissional. Uma voz ajustada e coerente com a identidade percebida favorece a aceitação social e profissional, reduzindo o risco de invalidação e de questionamentos contínuos. Assim, a adequação vocal não apenas contribui para o reconhecimento da identidade, mas também atua como fator determinante na inclusão no mercado de trabalho e no fortalecimento do bem-estar psicológico de profissionais trans.

O enfrentamento desses desafios exige políticas institucionais de inclusão, formação de equipes sensibilizadas e práticas profissionais que promovam respeito e equidade, garantindo que a competência e o mérito sejam os principais critérios de avaliação, independentemente da identidade de gênero.

## Considerações Finais

A afirmação da própria identidade em um contexto social que frequentemente nega ou invisibiliza pessoas trans constitui um exercício constante de resistência e coragem. A promoção de uma sociedade inclusiva demanda reflexão crítica sobre preconceitos enraizados, a desconstrução de estereótipos e a adoção de práticas profissionais fundamentadas no respeito e na acolhida.

A voz trans desempenha papel central nesse processo, sendo não apenas um instrumento de comunicação, mas também um marcador de identidade, resistência e visibilidade política. Seu reconhecimento e valorização em todos os espaços sociais representam um passo fundamental para a equidade e a dignidade.

A transformação social necessária depende da participação ativa de profissionais, instituições e cidadãos na criação de ambientes seguros, acessíveis e respeitosos, onde as vozes trans possam ser ouvidas, legitimadas e reconhecidas, promovendo não apenas inclusão, mas também justiça social e igualdade de oportunidades.

Apoio:

Realização:

ISBN:978-65-976061-1-5

pbh.gov.br/lgbt