

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação

Luana Bispo da Silva

**NECESSIDADES EM SAÚDE DE PESSOAS TRANSGÊNERAS, TRANSEXUAIS,
TRAVESTIS E NÃO-BINÁRIAS**

Belo Horizonte

2025

Luana Bispo da Silva

**NECESSIDADES EM SAÚDE DE PESSOAS TRANSGÊNERAS, TRANSEXUAIS,
TRAVESTIS E NÃO-BINÁRIAS**

Programa de Mestrado em Estudos da Ocupação na linha de pesquisa ocupação: Ocupações, Políticas Públicas e Inclusão Social. Realizado na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Orientadora: Profa. Dra^o Cristiane Miryam Drumond de Brito

Coorientadora: Profa. Dra^o Rosangela Gomes da Mota de Souza

Belo Horizonte

2025

S586n Silva, Luana Bispo da
2025 Necessidades em saúde de pessoas transgêneras, transexuais, travestis e não-binárias [recurso eletrônico] / Luana Bispo da Silva. – 2025.
1 recurso online (99 f. : il.) : pdf.

Orientadora: Cristiane Miryam Drumond de Brito
Coorientadora: Rosangela Gomes da Mota de Souza

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Inclui bibliografia.

1. Pessoas LGBTQ+ – Teses. 2. Minorias sexuais – Teses. 3. Necessidades e demandas de serviços de saúde – Teses. I. Brito, Cristiane Miryam Drumond de. II. Souza, Rosangela Gomes da Mota de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.851.3

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sheila Margareth Teixeira Adão, CRB 6: nº 2106, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**NECESSIDADES EM SAÚDE DE PESSOAS TRANSGÊNERAS,
TRANSEXUAIS, TRAVESTIS E NÃO-BINÁRIAS.**

LUANA BISPO DA SILVA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, área de concentração OCUPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO.

Aprovada em 10 de setembro de 2025, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Cristiane Miryam Drumond de Brito – Orientadora
UFMG

Prof(a). Rosangela Gomes da Mota de Souza
UFMG

Prof(a). Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia
UFMG

Prof(a). Gustavo Artur Monzeli
Universidade Federal da Paraíba

Belo Horizonte, 10 de setembro de 2025.

Dedicamos este trabalho a todo/a/e pessoa trans, transgênera, transexual, travesti e não-binária que foi discriminada e desrespeitada quando procurou os serviços de saúde.

Dedicamos este trabalho a todo/a/e pessoas trans, transgêneras, transexuais, travestis e não-binárias que tiveram suas necessidades em saúde negadas e invisibilizadas. Dedicamos este trabalho como reconhecimento e valorização das identidades que desafiam cotidianamente as normas conservadoras e antidemocráticas que ameaçam a sua (re)existência. Dedico esse trabalho ao meu amigão de infância Bennie e minha amiga Helena, que vivem em um mundo cheio de barreiras e violências de gêneros.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à grande Oxalá pela oportunidade e força para cumprir esse trabalho, agradeço aos orixás e guias espirituais por me acompanharem nessa jornada.

Agradeço à minha família, meu namorado Dillian e meus pais, Rita de Cássia e José Arildo, pelo incentivo aos estudos. Obrigada pelo amor de vocês!

Agradeço às minhas amigas Duda, Mari, Vânia e Clarice por todo apoio, trocas e incentivos que me auxiliaram muito psicologicamente no trabalho.

Agradeço à minha amiga Helena pelas conversas reflexivas, ajuda com divulgação e indicações de narrativas trans que me incentivaram a este estudo.

Agradeço à aluna Híris, por todo apoio e auxílio na divulgação e realização das coletas com os coletivos, se tornou uma amiga ao longo do processo que espero manter.

Por fim, agradeço aos meus colegas de turma e professores, por terem me ajudado a chegar até aqui.

RESUMO

Introdução: Necessidade em saúde é um conceito central para formulações de intervenções e práticas em saúde. Contudo, pessoas LGBTQIAPN+, especialmente aquelas que se identificam como transgêneras, transexuais, travestis e não binárias, têm enfrentado dificuldades para que suas necessidades em saúde, bem como demandas, sejam reconhecidas e legitimadas pela sociedade. **Objetivo:** Compreender quais são as necessidades em saúde desta população. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que utilizou como amostragem “bola de neve” e coleta de dados por meio da técnica de Grupo Focal (GF). Foram realizados dois encontros presenciais, com públicos distintos: primeiro, aberto à população dentro do coletivo CELLOS, que atende juridicamente a população LGBTQIAPN+ e familiares, e o segundo, fechado, com integrantes do coletivo Cintura Fina, que desenvolve participação e luta política dentro da UFMG através da união estudantil de pessoas trans. Foi realizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, elencando categorias de análise. **Resultados:** Três principais categorias emergiram: a primeira - Concepções ampliadas de saúde, com os tópicos: Vozes sobre a Saúde, Entre Portas Abertas e Fechadas e Saúde que se Reivindica, nos quais discutem noções ampliadas de saúde, barreiras simbólicas de acesso e formas de resistência diante dos impasses dos serviços. - Relações sociais como determinantes em saúde, com dois tópicos: Reconstruindo Laços e Reconhecimento Social, destacando experiências de apoio e rupturas familiares e sobre como a sociedade lida com a existência trans. A terceira categoria foi Violência institucional, sendo seus tópicos: Portas fechadas, janelas abertas e Aprender a Ser em Espaços que Excluem, que abordam experiências de violência institucional nos âmbitos da saúde e da educação. **Conclusão:** As necessidades em saúde da população trans ainda são cotidianamente negadas e o acesso aos serviços, bem como suas reivindicações são invisibilizados e criam a sensação de desumanização dessas pessoas, cujos direitos e até mesmo a existência são colocados em ‘xeque’ a partir do momento em que afirmam suas identidades.

Palavras-chaves: Pessoas Trans; Transgêneros; Transexuais; Travestis; Não-Binário; Necessidade Em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health needs are a central concept for formulating health interventions and practices. However, LGBTQIAPN+ individuals, especially those who identify as transgender, transsexual, travesti, and nonbinary, have faced difficulties in having their health needs and demands recognized and legitimized by society. **Objective:** To understand the health needs of this population. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive, and exploratory study that used snowball sampling and data collection through the Focus Group (FG) technique. Two in-person meetings were held with different audiences: the first was open to the public within the CELLOS collective, which provides legal services to LGBTQIAPN+ individuals and their families; and the second was closed to members of the Cintura Fina collective, which promotes participation and political advocacy within UFMG through the trans student union. Bardin's content analysis technique was used, listing categories of analysis. **Results:** Three main categories emerged: the first, "Expanded Conceptions of Health," with the topics: "Voices on Health," "Between Open and Closed Doors," and "Health that Demands Itself," which discuss expanded notions of health, symbolic barriers to access, and forms of resistance in the face of service impasses. The second, "Social Relations as Determinants of Health," with two topics: "Rebuilding Bonds and Social Recognition," highlighting experiences of support and family ruptures and how society deals with trans existence. The third category, "Institutional Violence," with its topics: "Closed Doors, Open Windows" and "Learning to Be in Spaces that Exclude," which address experiences of institutional violence in the health and education sectors. **Conclusion:** The health needs of the trans population are still denied on a daily basis, and access to services, as well as their demands, are made invisible, creating a sense of dehumanization for these individuals, whose rights and even their very existence are put at risk from the moment they assert their identities.

Keywords: Trans People; Transgenders; Transsexuals; Travestis; Non-Binary; Health Needs.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CELLOS-MG Minas Gerais	Centro de Luta pela Livre Orientação Sexual e Identidade de Gênero de Minas Gerais
CR – POPTT Transexuais	Centro de Referência à Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais
DCE	Diretório Central Estudantil
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GF	Grupo Focal
GLS	Gays, Lésbicas e Simpatizantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Travestis, Queers, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e outros
OMS	Organização mundial de saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PNPCDH-LGBT	Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNSI– LGBT	Plano Nacional de Saúde Integral PNSI– LGBT
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RU	Restaurante Universitário
SUS	Sistema Único de Saúde
TvT	Transrespect versus Transphobia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WPATH	World Professional Association For Transgender Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Concepções de gênero, identidade e orientação sexual: estruturas sociais inerentes às vivências 14	
1.2 Transgêneralidade e nomenclaturas: entendendo o que pode abranger.....	17
1.3 Pessoas trans* e cuidado em saúde: contextos das necessidades em saúde.....	21
2. OBJETIVO.....	25
2.1 Objetivos específicos.....	25
2.2. Justificativa.....	25
3. METODOLOGIA.....	27
3.1 Desenho do estudo.....	28
3.2 Participantes.....	29
3.3 Critérios de inclusão.....	30
3.4 Critérios de exclusão.....	31
3.5 Coleta de dados.....	31
3.6 Análise de dados.....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	35
4.1 Concepções ampliadas de saúde: “Não só a saúde que é o tratamento de doenças, mas o que te faz não adoecer, assim, o que te faz feliz”.....	36
4.1.1 Vozes sobre a Saúde: “saúde para mim é existir, é permanecer e viver, não sobreviver”	38
4.1.2 Entre Portas Abertas e Fechadas: “A gente é exatamente o que a gente não tem, tanto no público quanto no privado, a gente não tem acesso à saúde”.....	43
4.1.3 Saúde que se Reivindica: “Ficam a Deus dará! Hormonizando sozinhas”.....	49
4.2 Relações sociais como determinantes em saúde: “E é muito importante se sentir pertencente ou acolhido em alguma coisa.”.....	58
4.2.1 Reconstruindo Laços: “Aonde tá o amor, né?”.....	59
4.2.2 Reconhecimento Social: “Nos veem só como objeto”.....	64
4.3 Violência institucional: “Tem que tirar essa imagem de monstro que tem da gente”.....	67
4.3.1 Portas fechadas, janelas abertas: “Me fechou a porta, pera aí, opa eu vou pular a janela”.. 69	
4.3.2 Aprender a Ser em Espaços que Excluem: “Nossa, mas é tão diferente ver uma mulher no hall e ver uma travesti”.....	74
5. CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
APÊNDICE B – Perguntas norteadoras.....	99

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), realizou, em 1946, uma conferência internacional sobre saúde, da qual resultou a constituição internacional sobre o tema. Nela, foi estabelecida uma definição ampliada de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Essa concepção rompe com o modelo biomédico tradicional, que por muito tempo reduziu o sujeito à sua doença, desconsiderando os determinantes psicossociais. Apesar dos avanços, o modelo biomédico ainda é hegemônico e socialmente mais aceito, sobretudo quando imposto a corpos marginalizados, como aponta Bento (2006).

Segundo Baeta (2015), o modelo biomédico baseia-se no pensamento racional cartesiano, em que foca-se no corpo como estrutura biológica, sendo afetado pelas leis da física newtoniana. Dessa maneira, há um enfoque no corpo que leva em consideração os efeitos da física, desconsidera os efeitos psicossociais, o corpo é separado da mente e é fragmentado em partes. A saúde de cada parte do corpo é atribuída a uma especialidade médica, de modo que, ao ser isolada do todo, a parte adoecida passa a ser tratada como um problema a ser estudado e realizado a intervenção médica. Como colaborador no texto a seguir:

Na medicina científica moderna, onde o corpo humano é fragmentado e analisado do ponto de vista de suas partes, a doença é o funcionamento defeituoso de mecanismos biológicos ou químicos e a função da prática médica é intervir física ou quimicamente para corrigir as disfunções de um mecanismo específico (Baeta, 2015 p.82).

Logo, a saúde passa a ser compreendida como a ausência de doença e a cura se reduz à eliminação dos sintomas. Contudo, a concepção se revelou incoerente e, como consequência mais evidente, contribuiu para o distanciamento entre os profissionais de saúde e os paciente:

A vida só tem sentido na pessoa humana individualizada. A abstração da doença leva a uma idealização da prática médica. Tudo se passa como se o médico aprendesse a discorrer sobre as doenças para esquecer o fato definitivo da morte. Esse esquecimento, porém, afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana: a consciência da fragilidade, a certeza da morte (Koifman, 2001 p. 07).

Paralelamente, outros modelos de atenção à saúde começam a ganhar força. No Brasil, os movimentos sociais da década de 1970, insatisfeitos com a lógica de saúde então vigente, se uniram para formar o movimento sanitário, que propunha uma reforma no setor. (Donnangelo, 1976; Paim, 2008). Segundo Prado (2017), o Brasil carrega uma herança histórica marcada pelos longos regimes autoritários, cujos impactos ainda se fazem presentes nos dias atuais. Esses contextos levaram à movimentação social que promoveu conquistas por direitos básicos

e proteção da cidadania a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Segundo Menicucci (2014), a reforma sanitária foi um movimento político e social que se confunde com o próprio processo histórico de luta contra a ditadura, abertura democrática e criação do sistema único de saúde, um tema central para se pensar a violência de estado e a defesa da democracia (Butler, 2020), devido à sua complexidade e extensão. Para Butler (2020), a violência de estado não se manifesta apenas em atos explícitos de opressão, mas também em formas sistêmicas, como a negação de direitos, a invisibilização de certas vidas e a precarização das condições de existência.

O movimento da Reforma Sanitária foi fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe consigo uma visão universal, pública e igualitária da saúde. Essa nova perspectiva expandiu a concepção de saúde para além do corpo físico e de suas patologias. Nessa ideia de ampliação da visão de saúde, olhando o sujeito em toda sua complexidade e como um ser só e não dividido em partes, surge o termo ‘necessidade em saúde’ que por sua vez tem sido utilizado em muitas pesquisas e tem sido debatido por muitos autores. Como no caso de Amorim (2017), que define necessidade como:

O termo necessidade em saúde é definido como um desejo consciente para alcance de determinado objetivo, podendo ser natural (alimentação, moradia, relação sexual, contato social e preservação da espécie), ou podem ser socialmente determinadas ao incluir a autorrealização e a liberdade do ser (Amorim, 2017, p. 762).

Para Cecílio (2009), às necessidades em saúde têm a potencialidade de auxiliar trabalhadores e serviços da rede de saúde, pois melhoram a escuta das pessoas que estão buscando cuidados, assim, entendendo que a ‘necessidade em saúde’ é o centro das intervenções e práticas no campo. Contudo, a definição do termo ‘necessidade em saúde’ é de difícil complexidade, pois espera-se que o termo: “permitisse fazer uma mediação entre a incontornável complexidade do conceito (necessidades de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores” (Cecílio, 2009, p. 118).

Para melhor análise do termo, Cecílio e Matsumoto (1999) trazem a taxonomia da palavra e a dividem em quatro conjuntos: o primeiro se relaciona às “boas condições de vida”¹, em que a maneira como se vive implica diretamente nas necessidades em saúde

¹ O uso do termo “boas condições de vida” se relaciona ao sentido dado por Stotz, (1991) de reconhecer que as condições de vida podem influenciar nas necessidades em saúde, considerando o sentido do “ambiente”, “externos”, como também as diferenças de classes e lugares ocupados na sociedade.

que podem aparecer; o outro conjunto se relaciona ao poder de consumo de tecnologias que podem prolongar a vida, como exemplo, o poder de uso que garante reconhecer um diagnóstico mais rapidamente ou o poder de ter acesso a um tipo específico de exame. O terceiro conjunto interliga as necessidades em saúde com os vínculos formados entre o usuário da saúde e o profissional/equipe² de saúde, e o último conjunto diz do grau de autonomia da pessoa para conseguir lidar com as situações da vida e de saúde:

A reconceitualização desta necessidade é de que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e está resignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível (Cecílio, 2009, p. 119).

Desse modo, os sistemas de saúde reconhecem algumas dessas necessidades em saúde, que para serem aceitas precisam passar por um grau de legitimação e normalização, que por sua vez são expressas pelas demandas que a população apresenta (Amorim, 2017).

Ainda no âmbito desse debate, Cecílio (2009) apresenta a definição de demanda e necessidade em saúde, diferenciando-as:

A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. As necessidades de saúde, como vimos, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida (Cecílio, 2009, p. 120).

Relacionado à ideia acima expressa, Stotz (2004) diz que as condições sociais e ideológicas implicam na possibilidade de as necessidades em saúde serem ou não percebidas, expressas ou sentidas, sendo que a demanda advém dessas necessidades que são expressas, apesar de nem toda demanda ser, ao final, uma necessidade. Hino (2009) considera necessidades em saúde insatisfatórias quando o indivíduo não recebe o atendimento necessário para a resolução do problema e quando não há satisfação na atenção prestada pelos profissionais.

² O vínculo mencionado é mais do que o simples contato com o serviço ou a inscrição em um programa, mas sim, uma relação que é contínua no tempo, pessoal e intransferível, entre sujeito e profissional e sujeito e equipe de saúde.(CECÍLIO, 2009, p.119).

As necessidades de saúde satisfatórias não podem ser analisadas de modo individualizante ou apenas estrutural, e sim situando o contexto experienciado como modo de minimizar as negligências relacionadas às demandas em saúde (Stotz, 2004). Contudo, o SUS, como qualquer instituição estatal inserida em um sistema capitalista, ainda enfrenta a dificuldade de garantir a plena inclusão da população trans,³ revelando uma tensão entre o ideal de universalidade e as barreiras que persistem na prática, assim, a luta por acesso à saúde e o reconhecimento de identidades trans* dentro das instituições públicas são atos de resistência que confrontam diretamente a lógica do populismo e de governos que minam as bases democráticas ao excluir populações da esfera de direitos.

Por conseguinte, constata-se que há uma relação entre as necessidades e demandas dos sujeitos que, quando acolhidas nos serviços de saúde, passam a ser reconhecidas socialmente (Silva, 2018). Todavia, a população LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Travestis, Queers, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e outros representados pelo símbolo de +) tem enfrentado dificuldades para que sejam atendidas suas necessidades em saúde, bem como para que a sociedade reconheça e legitime suas demandas (Amorim, 2017).

1.1 Concepções de gênero, identidade e orientação sexual: estruturas sociais inerentes às vivências

A compreensão das necessidades em saúde de pessoas trans* exige, antes de tudo, o reconhecimento de que gênero, identidade e orientação sexual não são expressões naturais ou fixas, mas construções sociais profundamente atravessadas por relações de poder. Judith Butler (2018a; 2018b) contribui de forma essencial para esse debate ao afirmar que a vulnerabilidade dos corpos não é uma condição apenas biológica ou individual, mas resultado da exposição social e política a normas que regulam quem pode ou não ser reconhecido como sujeito legítimo. Segundo a autora, os corpos são constituídos em sua materialidade a partir das relações sociais, o que os torna também suscetíveis à violência, à precarização e à exclusão. No caso das pessoas trans*, a negação de legitimidade institucional e social reforça essa vulnerabilidade e compromete o acesso a direitos fundamentais, como o cuidado em saúde. É nesse contexto que os conceitos de gênero, identidade de gênero, performance e

³ O termo Trans* será utilizado nesse texto como um termo guarda-chuva que aqui abarcam as demais identidades, de modo a melhorar a fluidez e entendimento sobre o texto.

expressão de gênero se mostram fundamentais para compreender as formas como essas pessoas constroem e reivindicam suas existências, em meio a estruturas sociais normativas e excludentes.

Pessoas da comunidade LGBTQIAPN+ se utilizam de algumas nomenclaturas e conceitos para que haja reconhecimento como grupos identitários, que, como tal, apresentam-se como meio político para busca por seus direitos. Butler (2018, p. 27) escreveu que “a reivindicação da integridade corporal e da autodeterminação é essencial para muitos movimentos políticos”. Consequentemente, para maior esclarecimento, abordaremos alguns conceitos-chave: gênero, binarismo de gênero, identidade de gênero, performance e expressão de gênero.

Para que se possa compreender melhor os outros termos, antes entraremos no conceito de gênero. Para Butler (2018), a origem de gênero se conceitua como sendo uma construção social ligada à ideia de performatividade, a qual se dá por meio de ações e papéis sociais relacionados a um significado do que seria ser homem ou mulher em uma sociedade que só legitima essas duas formas de existência: O gênero é a estilização⁴ de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, que se caracteriza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser (Butler, 2018).

A ideia de gênero, ao ser um constructo social, está sujeita a mudanças de acordo com as expectativas de papéis, expressão de gênero e imagem corporal, normas morais e valores que se esperam que sejam desempenhados naquele determinado território (Junior, 2017). Para Jesus (2012), gênero é estabelecido na sociedade atual como uma classificação masculina e feminina de papéis e expressões de gênero que ocorre independentemente do sexo biológico atribuído ao nascimento.

Vale destacar que dentro das noções de gênero, as relações são lidas como base no binarismo, que considera válidas apenas duas formas de existir, em que essas são geralmente opostas, ou seja, ou a pessoa é homem ou é mulher, dentro da cisgeneridade, excluindo assim pessoas trans*, não binárias e intersexos. (Jesus, 2012; Silva, 2010). Segundo Vieira (2025), há muitos teóricos que apontam impactos sociais no binarismo de gênero, e como tal, também demonstram seus impactos no sistema de saúde, em especial pelo modelo biomédico em que há diversos relatos que demonstram a busca que a saúde

⁴ Estilização são modos de vivenciar o gênero que foram impostos culturalmente desde o nascimento (Butler, 2018 p.24).

tem de corrigir corpos trans* de modo que esses passem a parecer mais com a norma.

Sabendo disso, o conceito de identidade de gênero segundo os Princípios de Yogyakarta (2006) está associado a sentimentos, sensações íntimas e pessoais de pertencimento ao gênero masculino, feminino, aos dois, nenhum deles ou outros, independentes do sexo atribuído ao nascer ou da genitália, podendo ou não envolver transformações corporais, de vestimentas (Expressão de gênero) e performance. Na mesma linha, Jesus (2012) define a identidade de gênero como o gênero com o qual a pessoa se identifica, que pode concordar ou não com o que lhe foi atribuído ao nascimento e performar ou não com o que se identifica.

Já os termos expressão de gênero, por sua vez, podem ser entendidos, como a maneira que as pessoas se expressam e demonstram sua identificação ou não identificação com gênero na sociedade, seja por meio de gestos, fala, acessórios e roupa, cabelos, grupos, dentre outros, ou seja, como apresentam sua aparência e comportamentos, seja de acordo ou não com as expectativas sociais e culturais (Jesus, 2012). Já o termo Performance vai muito além do que as pessoas enxergam na sua expressão de gênero, entendendo que o gênero está mais para o que se faz do que para o que se é e como nos percebemos dentro da sociedade (Butler, 2017) a performance, segundo Butler (2017) seria no sentido de vivência na realidade, como o gênero no que se faz no que se reproduz ou não na norma (Kvller, 2022). Vale ressaltar que performance e expressão de gênero por si só não indica a identidade de gênero ou de orientação sexual do indivíduo ou do grupo, ou seja, podem existir mulheres trans* que usam barba e roupas tidas como masculinas, mulheres cis heteras (dentro da norma) mas que se expressam de forma tidas como masculinas, dentre outros. Essa multiplicidade de expressões é constantemente negociada nos diversos espaços sociais. Como destacam Lewis e Johnson (2020), ao analisarem experiências de pessoas trans* em espaços de lazer:

As performances de (trans)gênero são moldadas por normas cisheteronormativas que impõem expectativas sobre como corpos devem parecer e se comportar. Isso produz vulnerabilidades específicas quando esses corpos ocupam espaços públicos (Lewis; Johnson, 2020, p. 200).

Saindo do ponto de como eu me identifico perante os padrões e normas da sociedade e entrando em por quem eu me atraio, pode-se entender orientação sexual como a capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por outro indivíduo que se identifica de gênero diferente e/ou do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como pode ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (Princípios de Yogyakarta, 2006). Ou seja, a orientação sexual está ligada à sexualidade de cada indivíduo e sua relação, seja sexual

e/ou afetiva, com outro ou outros indivíduos, não sendo necessariamente relacionada a práticas sexuais, mas sim, sobre o desejo e a atração emocional pelas pessoas. Jesus (2012) destaca a importância de diferenciar e esclarecer as diferenças entre identidade de gênero, como eu me identifico como pessoa, e orientação sexual, quem me atrai, seja sexualmente, emocionalmente ou de maneira afetiva.

1.2 Trangêneralidade e nomenclaturas: entendendo o que pode abranger

Desse modo, a comunidade LGBTQIAPN+ envolve um conjunto de diversas identidades de gênero e orientações sexuais e se utiliza da nomeação para identificação e visibilidade em pautas políticas e sociais, demonstrando a multiplicidade de diversidades, por meio do uso da sigla ampliada LGBTQIAPN+. O uso da sigla ampliada relaciona-se a uma construção histórica e regional que, apesar de buscar visibilidade, é constantemente utilizada como meio de deslegitimação da comunidade. Segundo Facchini (2002), essas adequações foram satirizadas pela mídia com o termo “sopa de letrinha”, desde a primeira mudança em 1999, na qual antes se utilizava GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes) e foi adotando a sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros ou Travestis) como meio de trazer visibilidade à causa lésbica e feminista, visto que a associação com a palavra gay acabou repercutindo como focada somente em homens homossexuais, assim para maior destaque a letra “L” passou a ser a primeira letra, antes do “G” de gays. Além dessa mudança, houve o acréscimo à sigla o “B” de Bissexual e o “T” de transgênero, transexual, travesti. Na atualidade, a sigla utilizada é a LGBTQIAPN+, que, como antes, busca trazer visibilidade política e social a outras existências.

Vale destacar que, antes da mudança da sigla, pessoas trans* sempre estiveram envolvidas na luta por direitos e pela sua existência como cidadão e humano. Contudo, historicamente há indícios de uma negação dessas identidades e corpos não só fora da comunidade, mas também dentro dela, assim trazer o “T” para a sigla, como as demais letras, demonstra não só uma busca por visibilidade, mas também um reconhecimento da própria identidade, luta e histórico dessa população.

Historicamente, desde as primeiras manifestações públicas, como nos Motins de Stonewall em 1969 nos Estados Unidos, pessoas transgêneras e travestis estiveram não só

participando, mas ocupando a linha de frente das mobilizações por direitos LGBTQIAPN+. No Brasil, as paradas se consolidaram como meio de visibilidade política e reconhecimento identitário, trazendo pautas específicas como o combate à transfobia, o direito à saúde, à autodeterminação corporal e à inclusão social, dentre outras. Dessa maneira, a inclusão da letra “T” na sigla simboliza uma reafirmação histórica de protagonismo na construção das lutas por direitos, cidadania, dignidade e respeito (Nascimento, 2017).

Essas pessoas na sigla, simbolizadas pela letra “T”, podem ser identificadas por várias nomeações como pessoas trans*, transexuais, transgêneras, travestis, dissidentes de gênero e dentre outras. Pode-se entender pessoas “T” como pessoas que reivindicam o reconhecimento social e legal de uma categoria de gênero diferente daquela que receberam ao nascer (Jesus, 2012).

As demais nomenclaturas citadas estão mais relacionadas a um contexto histórico de luta e estudos da temática do que à mudança de significado. Assim, por muitos anos, o termo transexuais foi utilizado e é até a atualidade, sendo muitas vezes usado junto ao masculino e ao feminino como forma de reafirmação e reconhecimento social e legal da feminilidade ou masculinidade, como homens transexuais, mulheres transexuais, transhomens e transmulheres (Jesus, 2012). Com o passar do tempo e dos debates e como modo de reforçar que a luta trans* se relaciona às questões de gênero e não diretamente à orientação sexual, algo ainda muito confundido pela sociedade, o termo transgênero passou a ganhar forças em discussões sobre a temática.

Já o termo Travesti, diz de um termo vindo da América Latina, que gera muitas discussões a respeito, segundo uma linha da saúde, a nomeação específico para o gênero feminino e que antigamente era usado de maneira desrespeitosa para violentar verbalmente a identidade de gênero de muitas mulheres trans*, em especial as que trabalhavam com sexo e estavam em situação de vulnerabilidade, assim sendo antigamente um termo associado à transfobia, já a interpretação segundo movimentos sociais discute o termo também agrega pessoas não binárias e não necessariamente apenas o feminino mas inclusive a resistência a norma de gênero. Assim o termo aparece como um meio de reivindicação e transformação de suas definições e significados, como feito com o termo “queer” nos Estados Unidos, em que com o passar do tempo foi reivindicado e ressignificado o termo, começando a ser utilizá-lo como forma de posicionamento político, como luta e validação

de existência detentor de direitos (Jesus, 2012, Roberto, 2021).

Além desses termos, outro bastante utilizado é o de dissidentes de gênero, em que esse, de maneira mais ampliada, envolve outras identidades que também flutuam e podem pertencer à transgeneridade (Braga et al, 2020; Monzeli, 2013, 2015;). Então, ao contrário do que muitas pessoas pensam, a diferença entre as nomenclaturas não está relacionada a questões estéticas e/ou cirúrgicas, mas sim ao seu contexto histórico, político e acadêmico, ou seja, independente de hormonização, cirurgias ou expressão de gênero, o que torna a pessoa trans* é a identificação ou a não identificação de gênero.

Outra letra da sigla importante de se esclarecer, por muitas vezes também envolverem a transgeneridade, é a letra “I” de intersexo. Que são pessoas que a própria existência desafia o binarismo de gênero. Segundo Pio (2023), pessoas intersexo são seres humanos que, devido a alguma condições hormonais, genética e/ou de órgãos genitais, não apresentam expressão do sexo biológico tão bem definida ou apresentam características de ambos os sexos biológicos reconhecidos. Essa definição também é exemplificada e explicada por Jesus (2012):

Pessoa cujo corpo varia do padrão de masculino ou feminino culturalmente estabelecido, no que se refere a configurações dos cromossomos, localização dos órgãos genitais (testículos que não desceram, pênis demasiado pequeno ou clitóris muito grande, final da uretra deslocado da ponta do pênis, vagina ausente), coexistência de tecidos testiculares e de ovários. A intersexualidade se refere a um conjunto amplo de variações dos corpos tidos como masculinos e femininos, que engloba, conforme a denominação médica, hermafroditas verdadeiros e pseudo-hermafroditas. (Jesus, 2012, p. 26)

Essas pessoas apresentam características e nuances físicas e biológicas que, como tal, a lógica normativa, deveria considerar como naturais da sociedade humana e não como patologias (Pio, 2023). Segundo Jesus (2012), pessoas intersexuais têm se mobilizado contra a patologização de seus corpos e contra as cirurgias “corretoras”, que em geral expressam uma pregação punitiva, forçada e que volta-se à busca biomédica de enquadrar esses corpos e identidades dentro de um modelo binário estabelecido. Por fim, faz-se necessário entender corpos e a existência intersexo, pois pessoas intersexo também podem ter a identidade de gênero associada à transgeneralidade e à não identificação com o gênero atribuído e imposto ao seu corpo.

Outra forma de transgeneridade que desafia o modelo binário de gênero é a identidade não-binária, representada pela letra “N”. Apesar de já existirem pessoas que não se

identificavam dentro do binarismo de gênero, e que utilizavam outras nomenclaturas, uma abertura de possibilidade e de identificação vem embasada em Butler (1990), que debate em sua obra que gênero pode ser desconstruído e reconstruído socialmente e individualmente. Segundo Pio (2023), a possibilidade de pensar existências fora do binário e/ou de reconstruir a sua própria noção de gênero é evidenciar uma prisão de papéis e expressões de gênero que limitam o viver e existir.

Segundo Salinas (2021), a nomeação não-binária pode ser entendida como um termo “guarda-chuva” que abarca diversas identidades de gênero que subvertem a crença de que existem apenas dois gêneros mutuamente excludentes e buscam no seu existir a possibilidade de subverter os padrões e papéis esperados pelos gêneros. Cardoso (2020) ressalta que a identificação não-binária não é negar o feminino e o masculino, mas sim confrontar o que é norma e como há diversas possibilidades de gênero. Assim, o não-binarismo está relacionado à desconstrução do gênero, de seus papéis, das expressões de gênero e esperados socialmente, mostrando como a diversidade e a fluidez passeiam entre essas normas.

Apesar das múltiplas discussões e dos estudos que vêm sendo realizados sobre a não-binariedade, entende-se na atualidade que esta abrange a transgeneridade e a luta por existir fora da norma de gênero estabelecida. Portanto há um ideário de normalidade que reforça que todos os seres humanos são ou “deveriam” ser cisgêneros e ter como orientação sexual a heteronormatividade, ou seja, deveriam se identificar apenas com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento, geralmente ligado à questão genital, e deveriam ter como orientação sexual o desejo amoroso e afetivo apenas a um gênero e esse oposto ao que se identifica (WPATH, 2011).⁵

Dessa maneira, pessoas LGBTQIAPN+, em especial a população trans*, lidam com restrições de oportunidades em saúde, educação, moradia e justiça em seu cotidiano, derivadas das normas hegemônicas de gênero, que são entendidas segundo Connell (2013), como um padrão de práticas, que possibilita que a dominação dos homens continue sobre as mulheres e transgressores das normas de masculinidade dominante. Segundo Baptista

⁵ WPAFT é abreviação do World Professional Association for Transgender Health e é uma organização internacional e multidisciplinar que tem como objetivo promover a saúde e os direitos humanos de pessoas transgênero e de não conformidade com o gênero, desenvolvendo diretrizes clínicas reconhecidas mundialmente como "Standards of Care" (SOC).

(2018):

As normas de gênero e os discursos hegemônicos prevalentes baseiam-se na extrema polarização entre feminino e masculino. Tais normas e discursos foram e continuam a ser contestados tanto pelas práticas performativas do gênero, que desafiam essas normas, não se conformando a elas, também, teoricamente. (Baptista, 2018, p. 09)

Ao transgredir as normas de gênero e dominância hegemônica, os sujeitos estão expostos a uma série de violências e vulnerabilizações “corretivas” vinda da relação com o outro. Essa se expressa em uma desumanização do outro tido como transgressor, como exposto por Baptista (2018) ao relatar sobre o cruel assassinato de Gisberta, uma mulher transgênera, emigrante em Portugal:

A representação social daqueles indivíduos que transgridem este esquema binário, incorporando performances alternativas de gênero, como foi o caso de Gisberta, parece ter como efeito reduzir o ser humano a sua transgressão, neste caso, a sua sexualidade transgressora. (Baptista, 2018, p. 07)

As discussões de gênero e sexualidade evidenciam vivências envoltas em diversos tipos de violências civis e institucionais. A cisternonormatividade influencia não só as instituições dedicadas à saúde, família, escola, trabalho e segurança, mas também envolve diretamente o cotidiano dessas pessoas e assim as suas possibilidades de necessidades em saúde.

1.3 Pessoas trans* e cuidado em saúde: contextos das necessidades em saúde

Pereira (2019) pontua que, tanto no contexto brasileiro quanto no internacional, a população trans* ainda é uma das com menor visibilidade dentro do movimento LGBTQIAPN+. Esse grupo possui especificidades em relação à saúde, que os diferenciam do coletivo como um todo.

Há, no âmbito da saúde e dos movimentos sociais, uma construção histórica de políticas públicas voltadas à população trans* que vão além do diagnóstico e das cirurgias, como a da transgenitalização⁶ (Pereira, 2019). Essas políticas buscam o cuidado integral em saúde que valoriza o cuidado da pessoa e não das doenças. No entanto, historicamente, no Brasil e no mundo, a saúde se relaciona de modo ambivalente com pessoas trans*, se de um lado

⁶ A cirurgia de transgenitalização, também conhecida como cirurgia de redesignação sexual ou cirurgia de afirmação de gênero, é um procedimento cirúrgico que altera os órgãos genitais de uma pessoa para adequá-los à identidade de gênero. Assim, a transgenitalização é um processo complexo que envolve aspectos médicos, psicológicos e sociais que contribuem para a afirmação da identidade de gênero e redução do sofrimento de disforia de gênero (Fávero, 2018).

tem o processo transexualizador⁷ do outro, este está condicionando a ideais de patologização (Magalhães, 2023).

Como meio de resistência, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT foi criada a fim de atender à demanda, criando estratégias de melhoria de condição de saúde, redução das desigualdades e iniquidades no acesso às condições de moradia, trabalho, educação, lazer e saúde (Magalhães, 2023). Dentro da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, Mendez (2012) afirma:

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e das preferências das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capaz de produzir melhores resultados sanitários. (Mendes, 2018, p.139)

A base organizadora e a principal porta de entrada na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), em que sendo essa o ideário do cuidado continuado e longitudinal, faz necessário o entendimento sobre as necessidades de saúde e questões relacionadas ao cuidado da população trans*, que muitas vezes é desconhecida pela população em geral e pela população que os atende (Pereira, 2019). Como explicitado por Pereira (2019), em muitas localidades, os municípios não entendem o cuidado à população trans* como de competência municipal, já que as portarias vigentes visam a organização dos serviços de média a alta complexidade.

Segundo Bezerra (2019), houve um desenvolvimento tardio de políticas públicas de saúde voltadas à população LGBTQIAPN+ e mais especificamente à população trans* no Brasil. Esta formulação foi impulsionada somente depois de 2002 com o Programa Nacional dos Direitos Humanos e posteriormente em 2004, com a publicação do Plano Brasil Sem Homofobia, ligados a ações de movimentos sociais. Dois anos depois, em 2006, foi quando houve a disponibilidade de uma cadeira de representatividade no Congresso Nacional em Saúde, trazendo pautas exclusivas da população LGBTQIAPN+ ao congresso.

Contudo, foi só em 2008 que as questões voltadas às necessidades específicas da

⁷ O Processo transexualizador é composto por um conjunto de tecnologias que podem ser oferecidas ao usuário para a promoção das mudanças, entre elas a hormonioterapia e a cirurgia de redesignação sexual (Magalhães, 2023).

população trans* foram registradas como uma possibilidade pelo sistema de saúde a partir das políticas do Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH-LGBT). Mas foi em 2017 que houve a publicação e elaboração do Plano Nacional de Saúde Integral PNSI-LGBT, que especificava normas e fluxos para os encaminhamentos especializados, o uso do nome social e a possibilidade de ampliação de acesso (Silva, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a política integral é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalidade funciona por planos, estratégias e metas sanitárias que têm sua execução desafiante pelas instâncias do governo, por isso, a ação da sociedade civil é importante para a garantia da realização desses direitos e do enfrentamento à iniquidade ao acesso, como em:

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

Embora tenha-se a formulação de políticas de saúde voltadas à população LGBTQIAPN+, que contemplam algumas pautas da população trans*, a sua realização e iniciativa ainda não são suficientes para proporcionar plena equidade e/ou mínima igualdade no atendimento a esta população, vivenciando, muitas vezes, os desencontros aos princípios defendidos pelo SUS (Freire, 2013; Gomes, 2018).

Segundo a revisão de literatura realizada por Pereira (2019), a grande maioria dos estudos sobre saúde trans* não trata das temáticas de acesso e serviços prestados na APS concomitantemente, sendo a maioria dos artigos envolvendo apenas cirurgia de redesignação sexual e/ou a vulnerabilidade ao Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Esse dado demonstra o quanto a população trans* tem as necessidades em saúde invisibilizadas e limitadas somente aos aspectos citados, sendo muitas vezes negligenciados em seu cuidado integral. Segundo Rosa (2019), compreender as necessidades de atendimento à saúde das pessoas trans* é imprescindível para construir saberes e práticas que fundamentam a assistência.

A escassez de pesquisas relacionadas às necessidades em saúde da população trans* configura-se como um ponto importante de como o cuidado tem sido incipiente ou mesmo inexistente, evidenciando como apenas algumas poucas demandas são reconhecidas e

podem ser atendidas.

Logo, as pesquisas apontam que a população trans* tende a ter restrições na área da saúde e, por isso necessita da escuta ampla em saúde, abordando diversos aspectos de seu cotidiano, que, como tal, impactam e articulam-se ao seu processo de “boas condições de vida”, acesso à tecnologia, vínculo com o serviço e profissionais e autonomia em saúde, assim, nas suas necessidades em saúde (Cecílio, 2021). Desse jeito, as necessidades em saúde da população trans*, envolvem a possibilidade de viver de forma digna, com respeito às identidades e aos projetos de vida de cada pessoa (Monzeli, 2013). Especificamente nesta pesquisa, queremos compreender quais são as necessidades de saúde das pessoas transgêneras, transexuais, travestis e não binárias.

2. OBJETIVO

Compreender quais são as necessidades de saúde das pessoas transgêneras, transexuais, travestis e não-binárias, considerando suas experiências, percepções, e relações de cuidado em saúde e com suas necessidades em saúde. Desse modo, busca-se identificar como essas necessidades são entendidas, identificadas e reivindicadas socialmente e institucionalmente no campo da saúde, bem como as barreiras e facilitadores para a promoção de uma saúde integral.

2.1 Objetivos específicos

Primeiramente, para que possamos entender as necessidades em saúde buscamos compreender o que os participantes entendem enquanto saúde, de modo a investigar a compreensão e os sentidos atribuídos à palavra saúde, a relação e a prática com o bem-estar, qualidade de vida e percepções de cuidado assim como as dimensões em que se relacionam como corpo, mente e social.

A partir dessa compreensão busca-se entender o que os participantes entendem de maneira consciente que são as suas demandas em saúde e suas reivindicações, buscando conhecer suas necessidades específicas e gerais em saúde e como essas aparecem no processo de cuidado quanto à coletividade e interação com as instituições. Essa relação com as demandas e serviços oferecidos e realizados pelas instituições em saúde serão investigadas junto ao como se dá o acesso a pessoas trans* nesses serviços, a fim de compreender os mecanismos que produzem igualdade ou desigualdades nesse acesso.

Por fim, espera-se examinar as formas de atendimento oferecidas a pessoas trans* no sistema de saúde, observando como se dão as práticas profissionais, o processo de cuidado e acolhimento a essas pessoas.

2.2. Justificativa

Acredita-se que compreender as necessidades de saúde das pessoas transgêneras, transexuais, travestis e não-binárias contribui para o acesso a informações por parte dos serviços de saúde, profissionais de saúde, população trans* e familiares. O que pode aumentar as possibilidades

de mudanças por parte de instituições de saúde, em relação a reconhecer as legitimações de violências institucionais, pode auxiliar profissionais na busca por conhecimento e na melhora do acolhimento e no exercício da prática diária em saúde e pode ser um meio de legitimação das necessidades em saúde por parte da população trans*. Dessa forma, dar visibilidade a estas informações pode contribuir não só com a ampliação do acesso aos bens e serviços, mas também favorecer o desenvolvimento social da população trans* e aumentar sua participação comunitária.

3. METODOLOGIA

As sociedades possuem formações sociais e configurações culturais específicas de sua história e de como essa é passada à frente, no qual o presente é marcado por construções de valores e normas que, ao mesmo tempo que refletem as marcas do passado, fazem parte do que se projeta para o futuro. Minayo (2014), afirma que o primeiro princípio para a metodologia de pesquisa social em saúde é o de que os sujeitos possuem consciência histórica e cultural e o segundo princípio é que o investigador é fruto também dessa consciência e, como o participante, dá sentido, significado e intencionalidade ao trabalho intelectual e suas ações de construção:

Toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, respeitando a especificidade da cultura que traz em si e de forma complexa, os traços dos acontecimentos de curta, média e longa duração, expressos em seus bens materiais e simbólicos (Minayo, 2014, p.39).

O terceiro princípio corresponde à identidade entre o sujeito e o objetivo da pesquisa. Nesse caminho, Schultz (1982) pontua que as investigações sociais são realizadas pelo ‘construto interpretativo’, em que os próprios autores lidam durante a pesquisa com o senso comum do qual estão inseridos como sujeitos, mostrando um artifício de potente e eficaz lógica de compreensão e análise. Dessa forma, ao incorporar os participantes como também autores da produção intelectual concreta, os princípios citados para os processos de pesquisa social em saúde não são só mais fidedignos, como reconhece também o sujeito que participa, o valor de seu conhecimento, deslocando-o não mais como um auxílio à pesquisa, mas como mestre de sua própria obra e vivência.

Lévi-Strauss (1975) afirmou que: “Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é parte de sua observação”. Assim, a ciência social é extremamente ideológica e passa pelo simbólico dos envolvidos em sua produção de conhecimento, que se dá de maneira essencialmente qualitativa (Minayo, 2014). Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa abre espaço para a interpretação do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes que determinada população ou fenômeno apresenta. Esse caráter exploratório da pesquisa qualitativa diz respeito à busca por um novo discurso interpretativo.

De maneira mais concreta, a pesquisa qualitativa visa compreender fenômenos não quantificáveis e os processos sociais que os envolvem (Popo e Mays, 2009). Através dele,

é possibilitada a análise dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social. Além disso, metodologias qualitativas enfocam e privilegiam as análises de microprocessos, pois permitem estudos de ações sociais individuais e grupais, abordando áreas civis e jurídicas, que mostram o indivíduo como um sujeito de conhecimento e de história e não mais como um objeto usado em benefício da pesquisa e dos pesquisadores (Martins, 2004).

Entendendo tais conceitos, o desenho do estudo busca esclarecer o caminho abordado.

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória do tipo qualitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características que podem ser encontradas em determinada população ou em determinados fenômenos, assim como, investigar se há relações entre os dois (Oliveira, 2006). Para a realização desse tipo de pesquisa será utilizada a amostragem denominada “bola de neve”, para coleta de dados será a técnica de Grupo Focal (GF) e para investigação será a análise de conteúdo.

A realização da amostragem “bola de neve”, segundo Vinuto (2014), se dá com duas etapas, sendo a primeira nomeada como “sementes”, pois ocorre de maneira a plantar uma semente inicial, divulgando um documento e/ou entrando em contato com informantes-chaves de modo a localizar algumas pessoas com o perfil necessário para que a pesquisa, dentro de um público geral, iniciando desse modo, os contatos com o grupo participante; a segunda etapa consiste na solicitação das pessoas “semente” indicarem novos contatos com o perfil desejado, a partir da própria rede pessoal e assim sucessivamente.

Já o grupo focal é uma técnica para coleta de dados qualitativa que funciona por meio de “entrevistas” grupais ou uma dinâmica grupal, sendo utilizada por estudos que buscam entender as atitudes, preferências, necessidades e sentimentos de uma determinada população (Oliveira, 2008). Para Leopardi (2001), o GF tem como objetivo investigar mais do que a análise do conteúdo manifestado, mas sim, os sentidos ocultos que ela contém, ou seja, ver além do conteúdo que foi manifestado através da fala, entendendo em conjunto as expressões corporais e faciais que a complementam, as representações ideológicas, os valores e os afetos envolvidos com a temática e com o momento da coleta de dados.

A análise do conteúdo, segundo Bardin (1977), é em sua essência temática e qualitativa. No qual as informações registradas que se relacionam ao tema são destacadas, grifadas, analisadas e reanalisadas em categorias, sendo assim, a análise temática caracterizada como um levantamento de núcleos de sentido, no qual a presença de uma informação e/ou frequência com que ela aparece indicam uma relação com o tema e objeto em estudo (Minayo, 2014).

3.2 Participantes

Os participantes foram identificados pela amostragem nomeada como “bola de neve”. Segundo Vinuto (2014), essa amostragem não é probabilística e utiliza cadeias de referência, se situando numa linha tênue entre os critérios de uma pesquisa que tem preocupações com a representatividade e as técnicas de amostragem mais tradicionais de pesquisa qualitativa. Na amostragem “bola de neve”, não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante, contudo, este fator o torna útil para se estudar determinados grupos tidos como de “difícil acesso”, marginalizados, dentre outros. (Bernard, 2005). Dessa maneira, a pesquisa em questão contou com a divulgação em serviços e instituições que atendem à população trans*, assim como por meio de redes sociais das pessoas tidas como “sementes” da pesquisa. Na localidade da pesquisa existem diversos coletivos não governamentais, que são voltados à população da pesquisa, sendo os encontros do grupo focal divulgados pelo grupo do Centro de Luta pela Livre Orientação Sexual e Identidade de Gênero de Minas Gerais (CELLOS-MG), coletivo Mães pela diversidade, Coletivo Fora do Armário e o coletivo Cintura Fina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Dentre os órgãos governamentais, foi solicitada a divulgação ao Centro de Referência LGBT da prefeitura de Belo Horizonte (BH), em dois centros de saúde, e foi divulgado em grupos contendo funcionários dos serviços públicos de saúde, pedindo divulgação aos usuários.

Para Leopardi (2001), o GF pode buscar informações coletivas através de um grupo já existente, de pessoas que já se conhecem, ou pode ser formado especificamente para um período destinado à coleta de dados. Além de cartazes, a divulgação por meio das redes sociais virtuais possibilitou a ampliação da divulgação do estudo e a comunicação entre diversos agentes sociais, ultrapassando as características das demais divulgações por conta

de uma postagem ter mais possibilidade de propagação, já que desconhecidos se unem pela internet por se identificarem com uma causa, além de romper barreiras geográficas, podendo estender-se ao território para maior alcance da população de interesse (Costa, 2018).

Como a divulgação da pesquisa se deu principalmente por meio de coletivos não governamentais, assim como estes foram sede das coletas, entende-se que o perfil dos participantes estaria de alguma forma relacionado à participação de coletivos que lutam pelas causas LGBTQIAPN+ e/ou causas trans*, sendo assim pessoas que em diferentes graus se articulam com movimentos sociais. Além disso, o perfil dos participantes também abarca pessoas com a identidade de gênero transgênero, transexual, travestis e/ou não-binário e familiares nucleares de pessoas com essa identidade, além de todos serem maiores de 18 anos.

Apesar desse perfil, buscou-se pessoas que pudessem relatar sobre vivências de necessidade em saúde no Brasil, sendo ou não militante da causa LGBTQIAPN+, sendo ou não a identidade de gênero própria, sendo ou não de conhecimento de familiares e terceiros, sendo ou não ligada a trabalhos e cargos públicos ou informais, independente da orientação sexual e expressão de gênero demonstrada.

3.3 Critérios de inclusão

- Pessoas com 18 anos ou mais.
- Pessoas que se identificam como transgêneras ou transexuais ou travestis e/ou não-binárias.
- Familiares de primeiro grau (família nuclear) de pessoas transgêneras ou transexuais ou travestis e/ou não-binárias.
- Pessoas que tenham experiências relacionadas ao uso de serviços de saúde no Brasil, sejam públicos ou privados.
- Participantes que frequentem coletivos, movimentos ou organizações voltados à população LGBTQIAPN+ ou especificamente à população trans*.

3.4 Critérios de exclusão

- Indisponibilidade para participar dos grupos focais nos dias e horários previamente agendados.
- Não conseguir comparecer ao local estipulado para encontro grupal.
- Não autorização formal para participação na pesquisa, seja com áudio (pessoas iletradas e/ou com baixa visão) ou com a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio do grupo focal com o objetivo de compreender as demandas e necessidades em saúde por parte da população trans* de forma coletiva. Segundo Dias (2000), esta técnica se relaciona com pressupostos e premissas que são investigados pelo pesquisador para conhecimento de temas pouco conhecidos ou publicados, visando o delineamento para futuras pesquisas com o tema. Dessa forma, o GF possibilita capturar expressões faciais e corporais, assim como as diferentes formas de linguagem que costumam não ser aparentes em outras técnicas.

Foram realizados dois grupos focais, em que um aconteceu na sala de reunião do coletivo CELLOS-MG (Centro de Luta pela Livre Orientação Sexual e Identidade de Gênero de Minas Gerais), na parte da tarde, localizado na Rua dos Tupinambás, 330, no centro de Belo Horizonte e o segundo grupo na sala de reunião do Diretório Central Estudantil (DCE) dentro da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), em conjunto ao coletivo estudantil 'Cintura Fina', na parte da noite. Os dois encontros presenciais tiveram como duração aproximada 2h30 cada. O encontro foi gravado e transcrito posteriormente.

Sobre os coletivos em que foram realizadas as coletas, o primeiro foi no coletivo CELLOS-MG, que é uma entidade da sociedade civil que luta pelos direitos da população e pela promoção da cidadania da comunidade LGBTQIAPN+, além de combater a lgbtfobia e toda a forma de preconceito (CELLOS-MG, 2024). Como esse coletivo se articula com outros coletivos não governamentais e tem como população alvo a comunidade LGBTQIAPN+, a coleta foi aberta, aparecendo no dia, além de pessoas que

se identificam como travestis e/ou não-binárias, também pais de pessoas dissidentes de gênero que fazem parte do coletivo LGBTQIAPN+, 'Mães pela Liberdade'. O segundo ponto de coleta foi o coletivo estudantil 'Cintura Fina', que é um coletivo destinado ao acolhimento e luta política na Universidade Federal de Minas Gerais, formado por alunos transgêneros, transexuais, travestis e/ou não-binários. Conseqüentemente, a segunda coleta ocorreu por meio de um grupo fechado a pessoas dissidentes de gênero.

Para Meyer (2003), o ambiente em que acontece o grupo focal deve ser agradável, descontraído, que de preferência não seja o ambiente de trabalho dos participantes e que possua a eles um fácil acesso e um local de acolhimento. O número de participantes contou com no máximo 10 em cada encontro, levando em consideração o exposto por Chiesa (1999), que discute que um número ideal de participantes no encontro, deve ser entre seis a doze pessoas, pois possibilita que todos tenham alguma chance de participar e diminui a saturação das alternativas de resposta.

A condução foi realizada perante dois condutores alinhados previamente a respeito do tema, sendo um deles um dos pesquisadores do projeto. Dessa forma, os condutores foram moderadores do grupo e estavam preparados para a possibilidade de abordar uma variedade de tópicos que se mostrassem relevantes sobre o assunto, de forma a promover um ambiente de discussão produtiva (Morgan, 1997). Para Oliveira (2008), o moderador deve ser capaz de limitar suas interações e permitir que a discussão flua, interferindo mais na hora de introduzir novas questões e facilitando o processo em curso.

Foi elaborado um roteiro prévio, a partir da literatura, mas ele foi aberto a novas questões que surgiram na dinâmica do grupo. O roteiro foi flexível e contou com modificações durante o diálogo com os participantes. As narrativas e relatos dos participantes foram a prioridade.

Ao iniciar o GF, foram explicitadas as instruções de funcionamento de modo a auxiliar na previsibilidade por parte dos participantes e condução dos moderadores, já na finalização do grupo, foi proposta uma discussão sobre os temas levantados, apresentando-os e validando-os resumidamente junto com os participantes (Leopardi, 2001). Para o registro adequado e mais preciso, foi utilizado no dia um gravador de modo a auxiliar na transcrição e produzir resultados mais coerentes e aplicáveis.

3.6 Análise de dados

Para análise de conteúdo manifestado no grupo focal, utilizou-se como meio a análise de conteúdo. Para Bardin (1977), essa análise consiste na interpretação das respostas que são examinadas em um processo de inquérito que explora as relações psicológicas que o indivíduo e/ou grupo mantém com o objeto de pesquisa.

Segundo Dias (2023), a análise temática pode ser facilitada se o percurso tem como proposta a orientação por etapas. No qual as três primeiras são preliminares/aproximação com os fenômenos, as outras duas são: coleta de dados, transcrição literal dos dados, e as etapas finais são de: ambientalização com os dados, acomodação em um instrumento de análise (fragmentos do discurso), identificação das unidades de contexto e núcleo de sentido. Contudo, o nome das fases pode variar com cada autor, como acontece com Campos (2004) ao descrever as etapas finais como: pré-exploração ou leitura flutuante, seleção de unidades de análise e processo de categorização e subcategorização. Sob o uso dessa nomenclatura, segue o esclarecimento detalhado da realização destes três processos finais realizados, segundo orientações publicadas por Campos (2004):

- Etapa 1- Pré-exploração ou leituras flutuantes: na qual o autor realiza leituras flutuantes durante todo o texto, a fim de apreender e organizá-lo de modo não estruturado. Ou seja, a partir das leituras iniciais dos dados transcritos, o pesquisador tenta formular e reformular as hipóteses que correlacionam o manifestado com a pergunta da pesquisa.
- Etapa 2 - Seleção das unidades de análise ou exploração do material: As unidades de análise são palavras, sentenças, frases ou parágrafos que juntos favorecem um recorte a ser analisado e no qual pode ser agrupado. Para facilitar o processo, será usado o marca-texto como meio de destacar pontos em que pode haver essa correlação.
- Etapa 3 - Processo de categorização e subcategorização: a partir dos agrupamentos anteriores, pretende-se realizar a interpretação das unidades de análise com a categorização em temas. Ou seja, a partir da marcação anterior, haverá a classificação do material estudado através de temas e subtemas,

buscando agrupar as unidades de texto em categorias temáticas.

A partir dos agrupamentos anteriores, realizou-se a interpretação dos temas e a análise reflexiva dos dados. Sabendo que a análise temática pode ser entendida como fruto e até como parte da análise de conteúdo. Campos (2004) ressalta em seu texto sobre as variedades de interpretações que podem surgir a partir da coleta, gerando “nós” na interpretação entre os conteúdos objetivos (visualizado/palpável), “conteúdo manifesto”, e os conteúdos simbólicos que não estão aparentes, “conteúdo latente”. Esses “nós” são importantes para que o autor, no momento da análise, se questione, se reformule ou analise criticamente as hipóteses, pois nem sempre o texto transcrito expressa a ideia que o sujeito quis passar, como afirmado por Campos (2004):

Desta maneira, a análise de conteúdo não deve ser extremamente vinculada ao texto ou a técnica, num formalismo excessivo, que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador, por conseguinte, nem tão subjetiva, levando-se a impor as suas próprias ideias ou valores, no qual o texto passe a funcionar meramente como confirmador dessas. (Campos, 2004 p. 613)

Conclui-se que a análise de dados foi realizada por meio das gravações e transcrições realizadas durante o grupo focal. Além do conteúdo textual, foi utilizado o uso do diário de campo como um instrumento para a constituição de dados, auxiliando nas percepções das mensagens não verbais, simbólicas. Com isso, pretende-se auxiliar na visibilidade do tema enquanto recurso comunitário.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao todo, 14 pessoas participaram dos dois grupos focais. O primeiro grupo foi realizado na sede do coletivo CELLOS, em formato aberto à população, com presença de 10 pessoas, sendo 03 pessoas que se identificam como travestis, 07 pessoas que se identificam como pais e familiares de pessoas trans*, travestis e não-binárias. O segundo grupo foi realizado na sede do coletivo Cintura Fina, vinculado ao movimento universitário da UFMG, com participação restrita a pessoas dissidentes de gênero. Participaram 04 pessoas que se identificam como mulheres travestis. No total, participaram da pesquisa: 07 pessoas trans* e 07 pessoas cisgêneras com diferentes vínculos familiares com pessoas dissidentes de gênero.

Um dado relevante entre os participantes travestis entrevistados é que seis delas estavam cursando a primeira graduação, todas em uma universidade federal na cidade onde foi realizada a coleta. Apenas uma participante já era formada, com mais de uma formação profissional superior. Dentre as sete, seis relataram ter sido criadas em famílias de baixa e média-baixa renda. A entrada e/ou formação universitária foi descrita por elas como uma conquista significativa, capaz de transformar perspectivas de vida e abrir novos horizontes.

Apesar disso, cabe ressaltar que as participantes travestis entrevistadas ocupam, em diferentes graus, um lugar de privilégio no acesso a dados e conhecimentos, além de estarem todas envolvidas com ativismo trans*. Segundo Viana (2023), em muitos casos, o processo de escolarização de pessoas trans* é interrompido ainda na infância ou adolescência, principalmente devido à discriminação, à violência institucional e à exclusão escolar motivadas pelo preconceito e desejo de punir o suposto desvio de gênero ou a suspeita no futuro.

Em relação aos participantes cisgêneros, compareceram seis mães e um pai de pessoas dissidentes de gênero. A formação profissional dos participantes familiares não foi coletada formalmente, contudo estima-se que cinco tenham formação superior devido às profissões relatadas, sendo dois médicos, duas assistentes sociais e uma professora. Isso indica que os participantes cis que se propuseram a participar do grupo também apresentam um certo grau de escolaridade. Dos sete participantes cisgêneros, seis fazem parte, em graus diferentes, do ativismo pela causa T.

De maneira a respeitar as identidades dos participantes, como definido pelo comitê de ética, adotaremos nomes simbólicos de flores que se correlacionam às personalidades e falas de

cada participante. Como dito por Geraldo, trabalhador LGBTQIAPN+ que trabalha em meu prédio, “é preciso regar a todos, pois as pessoas também são flores”. Segue o significado de cada flor como meio de identificar os participantes, se são do primeiro grupo focal (GF1) ou do segundo (GF2) e se são familiares e seus vínculos:

- Magnólia: Nobreza e ancestralidade feminina. (GF1)
- Amarílis: A que dá orgulho, brilho próprio. (GF1)
- Orquídea: Singularidade, resistência delicada, elegância diversa. (GF1)
- Dália: Sofisticação, força e resiliência. (GF1 - Mãe)
- Rosa vermelha: Amor, coragem e intensidade. (GF1 - Mãe)
- Peônia: Renovação, força, intensidade emocional. (GF1 - Mãe)
- Sempre-viva: Resistência ao tempo, memória, permanência. (GF1 - Mãe)
- Lótus: Renascimento a partir da dor. (GF1 - Pai)
- Vitória-régia: Resistência das águas, beleza que flutua sobre as adversidades. (GF1 - Mãe)
- Papoula: Resiliência diante do esquecimento, memória das lutas. (GF1 - Mãe)
- Flor-de-maracujá: Singularidade, complexidade e resistência no detalhe. (GF2)
- Girassol: Vitalidade, esperança, força que busca o sol. (GF2)
- Camomila: Força serena, cuidado e resistência suave. (GF2)
- Flor de cerejeira: Beleza e renovação constante. (GF2)

Dessa maneira é importante ressaltar que os participantes dessa pesquisa falam de um lugar de privilégio, tanto dentro da própria comunidade trans* em que a maioria não chega à universidade quanto em relação a apoio e contato com a família. Esse recorte se faz necessário para compreender com quem falamos e entender que até dentre as pessoas trans* com mais privilégio ainda há incontáveis violências e barreiras no acesso, mostrando que os impactos e estigma ultrapassam classe social e acesso a conhecimento (universidades).

4.1 Concepções ampliadas de saúde: “Não só a saúde que é o tratamento de doenças, mas o que te faz não adoecer, assim, o que te faz feliz”

Cecílio (2006) diferencia os termos ‘saúde integral’ e ‘saúde ampliada’, situando o primeiro como um princípio de organização de cuidado dentro do SUS, e o segundo como uma visão crítica sobre o que se entende por saúde, historicamente ligada às lutas e críticas surgidas a

partir da reforma sanitária. Assim, falar em saúde integral é tratar de como o SUS organiza o cuidado e falar em saúde ampliada é repensar o que entendemos por saúde. (Cecílio, 2006).

Outros autores que discorrem sobre integralidade em saúde e saúde ampliada incluem Mattos (2001), que apresenta três sentidos da integralidade: o primeiro é a integralidade como oferta de serviços em todos os níveis de atenção; o segundo é a integralidade como prática da clínica ampliada e acolhedora; e o terceiro é a integralidade como ação sobre os determinantes sociais da saúde. Essas três dimensões não são excludentes e são reproduzidas no cotidiano do SUS. Já Campos (1999) discute a saúde ampliada voltada às práticas de saúde, em que realça a prática como o fator importante para romper o ideal biomédico, trazendo a questão epidemiológica.

Apesar da diferenciação analisada por Cecílio (2006), ambos os termos ‘saúde integral’ e ‘saúde ampliada’ são frequentemente utilizados de forma concomitante ou até mesmo como sinônimos por diversos autores e textos, sem que haja essa diferenciação se é uma saúde normativa, política, organizadora ou se é a saúde epistemológica, conceitual e ideária.

Sabendo disso, o Centro de Referência à Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais (CR - POPTT), com o material instrutivo da Secretaria Municipal de Saúde do estado de São Paulo, apresenta a saúde integral como um conceito de saúde abrangente, interdisciplinar, que contempla a saúde mental, o acolhimento humanizado, o respeito à identidade de gênero, a facilitação no acesso à informações e a prática de promoção e inclusão em saúde. Braga (2019) também entende a saúde integral como um direito que deve ser universal, garantir os cuidados em saúde, digno, com recursos necessários para sua promoção e com consideração às práticas culturais. Desse modo, os conceitos de saúde integral e ampliada ultrapassam a visão biomédica e, assim como a OMS buscam compreender o sujeito nas suas relações sociais, culturais e institucionais, reconhecendo a identidade de gênero como um fator determinante (Braga, 2019; CR -POPTT-SMS-SP; Gonzáles, 2025; Lucena, 2022; Santos, 2017; Silva, 2022).

Dessa forma, os participantes dos grupos indicaram quatro eixos de análise: o entendimento sobre saúde, o acesso aos serviços de saúde e as demandas para ter saúde, nos quais se encontram os sub-eixos a seguir.

4.1.1 Vozes sobre a Saúde: “saúde para mim é existir, é permanecer e viver, não sobreviver”

Os participantes da pesquisa elencaram definições de saúde como uma construção política, coletiva e afetiva. Que não está ligada à ausência de doença e ao modelo biomédico, mas relacionados aos fatores de bem-estar que compõem a vida e o contexto daquela pessoa. Essa visão dialoga com a definição da OMS, como é relatado nos trechos abaixo:

Eu tenho uma concepção de saúde que vai muito com a ideia da saúde ampliada, né? [...] não só a saúde que é o tratamento de doenças, mas o que te faz [...] não adoecer, o que te faz feliz, o que te faz ter uma vida com mais bem-estar. - **Dália** (GF1-Mãe)

Saúde para mim? É não estar ‘saudável’, mas estar bem consigo e com meio externo. É e obviamente, para estar bem consigo, você tem que estar bem com um meio externo. [...] O ser humano necessita de um cuidado com a saúde e é isso que fez a nossa humanidade chegar tão longe - **Flor de maracujá** (GF2)

As participantes realçam saúde, se afastando da concepção ligada à doença e se aproximando com relação ao seu estado de bem-estar, como dito por Flor de Maracujá em “É não estar ‘saudável’, mas estar bem consigo”, em que a participante realça que não é necessariamente estar com o ideal de saudável que é propagado culturalmente pelo modelo biomédico, mas sim, se sentir bem. Dália também diz isso no trecho “não adoecer, o que te faz feliz”, sendo o estado de felicidade e bem-estar utilizado como um parâmetro no lugar de uma patologia. Além disso, Flor de Maracujá realça que a sua concepção de saúde também envolve o bem-estar com o meio externo, entendendo assim a saúde para além do individual.

Minayo (2006) discorre que o processo entre saúde e doença envolve outros fatores além da questão biológica, como condições de vida, trabalho, habitação, acesso à informação e à cidadania. Silva (2009) reforça que pensar a saúde inclui fatores como educação, trabalho, moradia, alimentação, lazer e acesso a serviços. Essa noção de saúde entende que o corpo, mesmo com doença, ainda pode ser saudável, pois existem outros fatores psicossociais que influenciam o cotidiano da pessoa. Como exemplifica a participante:

Eu já passei pelo câncer, eu falei com o meu oncologista: Eu sou uma pessoa saudável! Câncer é um acidente de percurso. Porque, se não encarar assim, fica muito difícil. A saúde tem a ver com a qualidade de vida mesmo. Não só do que é oferecido enquanto política pública e privada, mas como você se apropria disso, como você lida e se relaciona nesse contexto desse ambiente. - **Sempre viva** (GF1 – Mãe)

Segundo a mesma participante, o fator saúde não é medido pelo estágio da doença ou a não presença dela, mas sim, pelo estado de espírito, representado por atividades significativas em sua vida, que a trazem representação de saúde:

Ah, como é que você consegue dançar tanto? Eu falo: ‘Uai, gente, eu tenho descendência a ser feliz, de viver e ser feliz’. A gente tenta, não que seja fácil. Eu tô vindo de um momento assim muito difícil, mas enquanto tiver dança, eu to dançando. - **Sempre viva** (GF1 – Mãe)

Dessa maneira, a atividade significativa assume um papel de saúde mesmo com a presença do câncer, oferecendo uma medida de saúde mais importante que a própria doença, pois ao responder ‘o que é saúde?’, associa e traz a medida de enquanto estiver dançando, está saudável. Wilcock (1998) defende que o fazer humano, que envolve a participação em ocupações significativas para a pessoa, está diretamente relacionado ao “ser e se tornar”, associadas ao sentido e conexão com a vida. Defende que o engajamento em ocupações significativas promove saúde porque conecta o sujeito à sua história, aos outros e ao mundo. Galhego (2012) destaca o fazer e as atividades significativas no cotidiano como meio terapêutico e expressão da complexidade da vida. Em uma visão mais coletiva, Malfitano (2016) discute essas atividades como promotoras de saúde que podem trazer transformação social e subjetiva no contexto do sujeito. Desse modo, uma participante descreveu saúde como uma busca de meditação e meios de vida mais equilibrada e saudável, referindo-se a uma autonomia e responsabilidade com a saúde mesmo com a comorbidade: “Alguém que tenha diabetes, mas que seja consciente do que tem, busca meditação, estilo de vida e tá equilibrado, tá saudável. [...] Saúde é buscar um estilo de vida que nos permita viver com isso.” - **Rosa Vermelha** (GF1 – Mãe)

Nesse caso, a definição de saúde também abarca questões do que a pessoa entende como meios para que suas necessidades em saúde sejam abarcadas. Essas necessidades não se enfocam em meios para lidar com doença ou diagnóstico, mas se refletem à necessidade em saúde voltada à busca pelo bem-estar e bem-viver.

A participante também ressalta “buscar um estilo de vida” como um ato individual de busca, contudo, a saúde é coletiva e a co-responsabilização em saúde entre sujeito, profissional e comunidade é essencial para a autonomia do sujeito (Merhy, 2005). É importante destacar que a sociedade frequentemente adota uma visão reducionista do estilo de vida, atribuindo a

responsabilidade pela saúde unicamente a escolhas individuais, sem considerar os determinantes sociais em saúde (Almeida, 2000). Por isso, discutir saúde como coletividade é necessário para desconstruir as ideias do modelo biomédico ainda presentes culturalmente. Isso é realizado pela participante a seguir: “Eu tenho uma concepção de saúde interindividual. A saúde também é dividida, é partilhada, eu acho. [...] Saúde é coletiva [...]. O que está faltando é à coletividade? [...] Não é um médico que vai resolver.” – **Magnólia** (GF1)

Magnólia destaca em sua fala a importância da coletividade nas necessidades em saúde e como concentrar as resoluções em uma única figura, como o médico, não dá conta nem da resolução e nem da complexidade envolvida, por isso, a participante entende saúde como algo que é partilhado e social. A co-responsabilização em saúde deve ser entendida como um processo coletivo, que envolve diálogos, participação, vínculo e reconhecimento do sujeito como fonte de saber e sentido (Merhy, 2005; Campos, 2000). Logo, o conceito de estilo de vida sob a perspectiva da saúde coletiva expressa as condições sociais, econômicas e culturais em que os sujeitos vivem, sem que o indivíduo seja culpabilizado pelo seu adoecimento. (Almeida, 2000; Arouca, 1988; Minayo, 2006; Paim, 2008;) Com base nisso, uma participante propõe pensar a saúde para além das barreiras do corpo, para além do bem-estar individual, seja físico, mental ou social, mas como uma saúde que também está no extra corpo, no espaço, no coletivo:

Eu tenho uma ideia de saúde,[...] geralmente não é como OMS fala. Mas, por exemplo, tem que sair um pouco da ideia de corpo apenas, igual, parque é saúde. Tem um parque aqui perto de casa, uma praça? Isso é saúde. Então, para mim é mais amplo. É coisas que vão agregar na vida da pessoa de forma positiva. – **Magnólia** (GF1)

Quando a participante diz “tem que sair um pouco da ideia de corpo apenas, igual, parque é saúde.” entende-se que a ideia de saúde e de suas necessidades abarcam mais do que o humano e social e estende-se também para a matéria e o espaço. Assim, parques, casas, academias públicas, espaços de alimentação e lazer, dentre outros, não são agregados na construção da saúde, mas sim fazem parte da própria ideia de saúde do indivíduo, à saúde dele também está nos lugares que acessa e frequenta. Em conclusão, Magnólia expressa que entende as atividades e lugares, antes colocados como meios para acessar as necessidades em saúde, como na verdade fatores que compõem a própria noção de necessidade em saúde. Algo que o grupo concorda e leva à discussão para a saúde coletiva.

O conceito de saúde coletiva também se mistura com os conceitos de saúde ampliada. Para Nunes (1994), a saúde coletiva ultrapassa a concepção biologicista tradicional e, com uma visão mais ampliada, assume os determinantes sociais como eixos principais. Breilh (2006) entende a saúde coletiva como um promotor de transformação social e superação das desigualdades em saúde. Uma participante alinhada a essa ideia entende saúde como uma garantia de direitos que se encontra na relação de cuidado com o outro e com o todo:

Para mim, saúde é garantia de direitos, é você se importar com o outro, com o ser humano, com quem o outro é e não só consigo. Eu me importo com você, eu entendo você como ser humano, eu te levo a sério como pessoa [...] Independente de condição financeira [...] se tá em situação de rua, [...] você quer ajudar ela, você quer ver ela bem, para mim saúde é isso. – **Girassol** (GF2)

Portanto, a saúde coletiva busca a saúde na coletividade, relaciona-se a transformações de práticas em saúde e de real democratização do acesso (Paim, 2008). Girassol ressalta a saúde e suas necessidades não como algo isolado, mas em um lugar de ações políticas. Segundo Sen (2000), a falta de acesso a bens e serviços essenciais como a saúde demonstra a privação de liberdade e indica as desigualdades sociais. Ao falar sobre corpos trans*, além das desigualdades sociais, a falta de reconhecimento das identidades de gênero leva a impactos significativos no acesso aos serviços básicos e essenciais em saúde, desrespeitando inclusive direitos tidos como básicos a todos os seres humanos (Monteiro, 2019). Isso é demonstrado no trecho a seguir de uma participante que define saúde como o direito de poder continuar viva, mesmo que em sua existência o básico, o acesso à saúde, seja cotidianamente negado:

Saúde para mim? Boa pergunta. É continuar viva. É básico. É direito. Continuar viva como um ser humano. [...] Quando se fala sobre corpos trans*, logo você imagina sobre a hormonização [...] mas falta até mesmo no básico, o básico da saúde como a visão, como a dentição, coisas comuns. Então, por isso que eu falo de ser básico, sabe? O básico, tipo assim, de ter um acesso. – **Camomila** (GF2)

Camomila se utiliza de exemplos como “como a visão, como a dentição, coisas comuns” para realçar que a falta das suas necessidades em saúde não está em itens específicos da transgeneridade, mas no básico, como na falta de um exame de vista, de passar pelo dentista ou de fazer consultas e coisas “comuns”. Monteiro (2019) também destaca a dificuldade do sistema de saúde em reconhecer pessoas trans* como sujeitos. Pelúcio (2021) constrói a ideia de que pessoas trans* constroem o processo de saúde por meio da resistência e, existência e afirmação das identidades, produzindo vida e saúde em meio à exclusão social e falta de acesso. Desse modo, o processo de saúde que ganha força, coletividade, resistência e

existência na dissidência é o mesmo que enfraquece a saúde arcaica e institucional que nega esses corpos trans*, a existência já é um formato de resistência. Brum (2020, p. 81) fala: “(Re)existir para existir, para acessar a saúde, para afirmar um corpo e um nome que desafiam as normas sociais e biomédicas.” Desse modo, uma participante traz o entendimento sobre saúde como forma de (Re)existir: “Saúde para mim é existir, é permanecer e viver, não sobreviver. [...] A gente às vezes falta o acesso verdadeiro [...]. Então, eu acho que saúde é verdade, saúde é aquela coisa de estar” – **Orquídea** (GF1)

O uso dos termos “sobreviver” e “permanecer” demonstra a intensidade em que a ideia de saúde está na vivência de Orquídea e ao mesmo tempo realça a noção da falta desta. O trecho “não sobreviver” está relacionado ao que é oferecido em saúde para pessoas trans*, à sobrevivência, enquanto o ideal de saúde está intimamente ligado ao pertencimento e ao viver, descritos na literatura como fator não legitimado pelos serviços de saúde, que geralmente desconsideram experiências, expressões de gênero e narrativas que não se encaixam no padrão (Bento, 2006; Jesus, 2014).

A saúde também está no pertencimento e na afetividade. O vínculo é essencial para a noção de pertencimento ao território e às necessidades em saúde, seja individual ou coletiva. Por isso, além do reconhecimento das identidades trans*, é necessário conhecer as singularidades de cada indivíduo (Oliveira, 2022; Lima, 2019). Quando essas singularidades não são reconhecidas, a transfobia assume função na estereotipagem, o que afeta o vínculo com o cuidado e o sentido de pertencimento, como mostra o relato a seguir: “A transfobia ela tira a nossa individualidade também. Por que geralmente eles veem a gente em bando? Porque a gente divide a vivência [...] E aí acaba que quem sabe da particularidade uma da outra é a gente?” – **Camomila** (GF2)

Camomila demonstra que a transfobia, além de estereotipar e tirar a individualidade, também contribui para que as vivências e trocas sejam mais seletivas e criem “bolhas” de proteção social que funcionam como muros que dificultam a possibilidade de violência (Pellizzari, 2019). A saúde, para que saía desse lugar de violência e passe a um lugar de proteção, precisa ocupar um lugar de vínculo e afeto, como dito por Flor de Cereja: “A saúde precisa ser prioritariamente algo afetivo. [...] Você tem que criar um vínculo de saúde com o local onde você está inserida. [...] Saúde precisa garantir que a gente se sinta à vontade de ir para lá.” - **Flor de cerejeira** (GF2)

Conclui-se que as falas das participantes revelam uma compreensão de saúde que vai além do modelo biomédico e da ausência de doença, aproximando-se mais de uma perspectiva de saúde ampliada e coletiva. A noção de saúde e suas necessidades é fundamentada no bem-estar, no estado de felicidade, na afetividade e no pertencimento. A saúde é percebida como direito e resistência, que considera os determinantes sociais, as condições de vida e a co-responsabilização. Um fator relevante levantado na discussão foi considerar o como necessidade em saúde e como a própria saúde os espaços, vínculos e atividades significativas que estão ligados à vivência, contexto e reconhecimento das identidades. Assim, torna-se fundamental reconhecer que diferentes expressões de gênero identitárias são vividas e possíveis e que seus sentidos são necessários para compor o cuidado integral em saúde de cada pessoa trans* (Paulino, 2020). A criação do vínculo e do pertencimento se faz inicialmente através do acesso aos serviços de saúde, tema que será abordado na subcategoria a seguir.

4.1.2 Entre Portas Abertas e Fechadas: “A gente é exatamente o que a gente não tem, tanto no público quanto no privado, a gente não tem acesso à saúde”

A falta de acesso à saúde de pessoas trans* vem sendo há décadas registrada em pesquisas e não é difícil achar índices que mostram que essa dificuldade não vem do agora ou do Brasil. Bento (2006) mostra que a exclusão de pessoas trans* no Brasil é sistemática e histórica, como na década de 70, em que já se haviam registros de pessoas trans* que lutavam por atendimento, em especial voltados à hormonização e cirurgias, e tinham seu acesso negado. Quando juridicalizado, esse acesso se dava de maneira restrita e patologizadora. Uma participante coloca sobre a saúde é um direito que é negado, principalmente no lugar do acesso real aos recursos e atendimentos:

Um direito, é onde que todo mundo acessa, é uma coisa que não deveria ser negada a ninguém. Independente da pessoa que chega ao posto, à unidade básica ta ali para ser atendido, seja trans*, seja cis, seja andarilho, não seja. O acesso é direito dessa pessoa. [...] então saúde é um direito que muitas das vezes é nos negado. Então saúde para mim é um acesso difícil. – **Orquídea** (GF1)

O ministério da saúde reconhece em sua política nacional de saúde integral LGBT que a população “T” é historicamente excluída em relação ao acesso aos serviços de saúde públicos.

Pires (2014, p. 24) diz: “A ausência de acolhimento qualificado produz uma recusa ao cuidado”. À população trans*, muitas vezes, simplesmente não é atendida”. Isso é demonstrado por uma participante que coloca a dificuldade no acesso associada a sensação de falta de cuidado e de verem ela como um ser humano igual, digno de cuidado: “A gente não tem exatamente o que todas falaram, que é o cuidado, que é o se importar com o corpo do outro, ver como um ser humano mesmo, sabe?” – **Girassol** (GF2)

Girassol destaca como a falta de saúde está relacionada à falta de humanização que vivem, como uma punição social por transcender as normas de gênero. Bento (2006), fala que a décadas as pessoas trans* enfrentam barreiras institucionais no atendimento. Jesus (2012) relata que o que impede o acesso a atendimento dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) é a falta de respeito à identidade de gênero, nome social e a realização de protocolos específicos. Uma participante dá seu relato sobre a sua experiência no posto de saúde:

Nos postos de saúde, por exemplo, vejo que é bem distante, é escasso o atendimento a pessoas trans*, eu enquanto pessoa trans*, vivo isso, né? Vivencio isso até mesmo no bairro que eu morava anteriormente, assim, no meu bairro, a única pessoa trans* que se apresentava lá era eu, então realmente é muito difícil, sabe? – **Camomila** (GF2)

Como relatado pela participante, apesar da probabilidade de haver mais pessoas trans*, travestis, transgêneras e não binárias pertencendo ao território e mesmo assim não fazendo uso da UBS, ou fazendo pouco uso, o que pode dar essa sensação da participante sobre estar só ao uso, vem de anos de barreiras simbólicas que a saúde colocou sobre esses corpos e usou para sua exclusão. Barbosa (2019) que essas barreiras simbólicas e estruturais causam a invisibilização da identidade de gênero. Uma participante coloca que suas necessidades em saúde são invisibilizadas, criando barreiras estruturais que são realizadas tanto no público quanto no privado: “E a gente é exatamente o que a gente não tem, né? Tanto no público quanto no privado, a gente não tem acesso à saúde. Quando tem, não é bem tratada.” - **Girassol** (GF2)

Girassol destaca também que, além de terem serviços negados quando os conseguem, lidam com outras formas de exclusão e violências punitivas. Bento (2006) aponta em seu estudo as barreiras simbólicas que o sistema de saúde coloca em relação a corpos trans* e como essas barreiras são legitimadas pelo estigma social e pelo padrão cisnormativo e biomédico. Um exemplo dessa barreira simbólica que os autores trazem é a dificuldade que pessoas trans* têm acesso a exames de modo geral. Pereira (2016) aponta que muitos profissionais evitam ou não solicitam exames necessários por desconhecimento técnico e/ou medo de lidar com a

‘anatomia’ que consideram divergente e, por outro lado, pessoas trans* deixam de realizar exames por vergonha, pois sabem que podem sofrer transfobia e desrespeito de profissionais de saúde. A falta de acesso aos exames também é uma necessidade que aparece durante as coletas, nos seguintes trechos:

A gente precisa dos exames para a gente saber [...] se nossa testosterona tá baixa, se o estradiol tá alto, [...] às vezes na troca desses hormônios pode ser que tenha diminuição de vitaminas. [...] A gente tem que fazer um exame geral de como tá o corpo e acaba não fazendo [...] A gente também não tem esse acesso fácil [aos exames].- **Flor de maracujá** (GF2)

Quando a gente vai para um bairro mais periférico, um bairro de difícil acesso, à saúde, não é assim fácil. Então, aí acaba que a pessoa não tem um acesso a exames muito bem feitos, às vezes ela tem medo de ir fazer o exame. – **Orquídea** (GF1)

Tanto Orquídea quanto Flor de Maracujá realçam não só a falta de acesso aos exames necessários para a sua saúde, como também o sentimento de medo quando se ocorre a busca por essa necessidade. Um parâmetro que aparece na maioria dos artigos sobre saúde trans* é o despreparo dos profissionais de saúde, tanto no acolhimento básico quanto nas demandas mais complexas (Chagas, 2023). Segundo Sampaio (2023), para aumentar a adesão aos serviços de saúde, é necessário reduzir os desafios enfrentados no atendimento e implementar novas estratégias, que ganham forças quando vinculadas com a comunidade e o território.

Pereira (2016), relata que, mesmo com a existência de políticas nacionais de saúde integral LGBT, as pessoas trans* continuam a ter diversos relatos envolvendo preconceitos, falta de acolhimento e preparo profissional. Como descrito por ela, muitos participantes e familiares deram relatos de desrespeito durante o acesso à saúde. A seguir, duas participantes exemplificam isso, ao comentar sobre experiências ruins que tiveram quando procuraram auxílio institucional na saúde:

Uma coisa que eu presencio muito, em especial nas UPAs, né? É assim, a dificuldade de tratamento. Então, você tá ali num atendimento que é um atendimento de urgência, que não tem como você fugir dele e muitas vezes tem o seu nome social desrespeitado, porque o sistema único, ele aparece o nome civil, então, assim, não tem por que aparecer nome civil, se tem o nome social cadastrado. - **Flor de cerejeira** (GF2)

Geralmente, em UBS e nos hospitais, eu já fui tratada no pronome masculino, já perguntaram meu nome, mesmo vendo meu nome. A gente acaba não indo, a gente fica com medo. – **Camomila** (GF2)

Os relatos das participantes apontam que os espaços institucionais, como a saúde, são atravessados por formas sutis e explícitas de ‘assujeitamento’ o que Andrade (2019) denomina de “disciplinamento dos corpos” que manifesta-se em ações que deslegitimam a

identidade das pessoas trans*, como a recusa ao uso do nome social ou a exclusão do cuidado integral. As narrativas acima revelam como o reconhecimento institucional é muitas vezes condicional e tensionado, colocando em dúvida identidades legítimas. Sobre esse medo, a mesma participante comenta em outro momento: “Gente como a gente já espera uma reação agressiva ou ofensa vinda de alguém da saúde.” - **Camomila (GF2)**

Silva (2020), complementa que esses relatos geralmente envolvem o desrespeito ao nome social, o desconhecimento sobre harmonização e a falta de acolhimento afetivo, o que leva a um impacto significativo quando a confiança e permanência da pessoa na UBS e nos serviços de saúde do território. Sobre essa perda de confiança e permanência, participantes da pesquisa relacionam-se ao preconceito e transfobia, pois perceberam diferenças entre antes e depois que se assumiram, mostrando que sentem que, como consequência de suas identidades, há a falta de acesso às suas necessidades em saúde como uma punição que a sociedade e a própria saúde fazem para a pessoa que sai da cisnormatividade: “É um acesso que você perde, infelizmente na sociedade, quando você se declara. [...] justamente por passar pela transição, a gente acaba se afastando desse básico [da saúde].” – **Camomila (GF2)**

Lopes (2012) identifica na sua pesquisa que muitos profissionais de saúde da atenção básica sequer reconhecem a população trans*, como uma população usuária do SUS. Dessa forma, uma participante conta sobre ter uma experiência que, segundo a própria, demonstrou que o médico que a atendeu não pensou na possibilidade de estar atendendo uma pessoa trans* e como isso fala da negação da existência trans* na saúde:

Eu sou uma pessoa trans* passável e já aconteceu de eu chegar no médico alegando dor abdominal e o médico me perguntava se eu tava grávida [...] a nossa existência, ela é tão negada a ponto que o médico nem pensou na possibilidade de eu ser trans*, entende? Nem se preocupou com isso. - **Flor de cerejeira (GF2)**

Pelúcio (2014), ao criticar intervenções biomédicas sobre corpos trans* e travestis, mostra como os profissionais de saúde continuam impondo visões cisnormativas nesses corpos, querendo encaixá-los em caixas do que seria socialmente aceito dentro da binariedade. Duas participantes demonstram isso ao discutirem como a saúde ainda é biomédica e cisnormativa:

A gente avança muito nas políticas dentro do SUS hoje, mas ainda sim é um problema. Você tem que estar ali dentro de uma caixinha de feminino e masculino e não tem outro lugar dentro da saúde para a gente [trans* e não-binário]. – **Amarilis (GF1)**

Não é só no SUS não, saúde suplementar é também, coloca na caixinha, é tudo. Tudo, todos os dois. - **Sempre viva (GF1 – Mãe)**

Ao lidar com falta de preparo profissional, transfobia e um sistema que já desrespeita a identidade de gênero, a saúde passa de lugar de cuidado para lugar de agressão, punição e exclusão e suas necessidades como algo inexistente e sem valor. Segundo Lopes (2012), ao acessar uma saúde em que seu corpo é lido como “errado” ou “doente”, o aprendizado que pessoas trans* levam é que aquele lugar de saúde não é para elas, e como tal, tendem a evitá-los. Uma participante diz colocar em uma balança o acesso em saúde, pois nem sempre a dor física vale o desgaste na saúde mental e humilhação social: “Porque né, às vezes a gente fica naquela, tô sentindo uma dor, tô passando mal, mas tipo assim, minha saúde mental também vale alguma coisa, né? Eu vou lá para ser desrespeitada?” - **Flor de cerejeira** (GF2)

Pereira (2016) coloca muitas vezes que a única maneira que pessoas trans* têm de lidar com a saúde e suas necessidades é por meio da automedicação e cuidado coletivo fora das instituições de saúde, visto que o acesso aos serviços por direito não ocorre. Além da automedicação, a falta de acesso leva a iniciativas civis como Organizações Não Governamentais (ONGs) surgirem para realizarem por si, ações de saúde mais inclusivas. O que leva à reflexão traga por Silva (2020), no qual o Estado não pode negligenciar os direitos da população trans* e deixar que estes direitos sejam garantidos por terceiros:

Apesar de termos consciência da limitação do poder público e da sua necessidade e tomar decisões devido à insuficiência de recursos, alerta-se que a secundarização desse direito pode levar à continuidade de um processo de marginalização, não somente da minoria estudada, como também das demais minorias sociais (Silva, 2020, p.34).

Dessa maneira, as barreiras, o medo e a saúde mental são necessidades em saúde importantes que afetam suas vivências e são constantemente negadas. Esses pontos foram levantados pelas participantes e explicados a seguir:

Ah, não, vou tomar um chá, vou pôr um colírio, vou não sei o que [...] o dente que tá doendo, põem o ‘passa já’, rapidinho resolve o problema. E é isso, tenta resolver os problemas de outra maneira, sabe? Ou de uma forma – **Camomila** (GF2)

A gente acaba sendo nossos próprios profissionais da saúde. [...] a gente compra o nosso medicamento, a gente vai lá, conversa com uma que já tem mais tempo de transição [...] Porque os profissionais mesmo, eles não sabem. [...] porque não vão atrás. – **Girassol** (GF2)

Na coleta, quase que de maneira unânime, há relatos de automedicação, tanto pelos pais que contam sobre as vivências com seus filhos quanto das participantes trans* que relatam que ou já fizeram ou estão realizando a automedicação de hormônios. Como pode ser visto nos trechos a seguir:

Eu tenho uma filha trans*, né, que iniciou a sua transição já com 18 anos [...] minha filha como uma mulher trans*, tem um processo de hormonização, sei tudo isso. Quando ela começou a hormonização, foi fazer o início, era sem acompanhamento médico, sabe? - **Sempre Viva** (GF1 – Mãe)

A hormonização, aplicação mesmo de injetável, muitas não tiveram [formação] eu fui ter curso de injetáveis quando eu fiz técnico. Mas antes disso eu já aplicava injeção intramuscular e muito bem feita. Então, assim, nós já temos essa base, porque nos apagaram por tantos anos, por isso que a gente não tá nos livros, em nada, mas a gente teve que nos capacitar para muita coisa e sem formação acadêmica, né? - **Amarilis** (GF1)

Pessoas trans* acabam tendo muito acesso a como funcionam os hormônios do corpo, justamente por se auto tratar, se automedicar, enfim, a gente vê que não é um bicho de sete cabeças. É muito mais simples. – **Camomila** (GF2)

Desse modo, como a última participante disse, Facchini (2008) também aponta que a auto-harmonização é uma passagem coletiva da pedagogia da experiência travesti que se manifesta e mantém devido à ausência de suporte do Estado. Pelúcio (2021) também realça a ciência travesti do próprio corpo, que inclui um saber grande de quais hormônios usar, como usar, o que combinar e quando parar, uma ciência de vivência e resistência em pares. Quando o acesso integral aos recursos para o cuidado à saúde não é suficientemente disponível ou acessível aos indivíduos que precisam que suas necessidades sejam reconhecidas, constitui-se o processo de vulnerabilidade também na saúde. Segundo Rosa (2019), pessoas trans* não têm encontrado respostas às suas demandas de saúde, são vítimas de preconceitos e violências nos serviços que procuram e só buscam atendimento em casos extremos de adoecimento.

Nos relatos colhidos, evidenciam-se experiências que dialogam com a noção de Butler (2018a, 2019) de que os corpos são formados no "cadinho da vida social", e, portanto, nunca são totalmente próprios. Essa metáfora, inspirada no recipiente (cadinho) usado para fundir e purificar metais, ilustra como as identidades não são inatas, mas constituídas por um processo social e político contínuo. Assim como o metal é moldado pelo calor e pelas impurezas que o cercam, o corpo humano é forjado pela exposição constante às normas, expectativas e relações de poder. A autora explica que a materialidade do corpo não é um dado pré-social, mas o efeito de um processo de moldagem e exclusão. O "cadinho" estaria nos sistemas de poder que definem quais corpos importam e quais são marginalizados, negligenciados ou considerados "não-existent". Nesse processo, o corpo deixa de ser uma posse individual e se torna um espaço onde as marcas de gênero, raça e classe são inscritas. É essa dimensão social do corpo que explica por que, ao buscarem acesso à saúde, as pessoas trans* encontram obstáculos que vão além do estrutural, enfrentando também barreiras simbólicas que as expõem a um risco constante de violência. Essa vulnerabilidade, portanto, não é uma fraqueza

intrínseca, mas uma "vulnerabilidade social" que exige respostas políticas e éticas comprometidas com o reconhecimento e o cuidado.

Os participantes relataram que as barreiras no acesso à saúde para pessoas trans* continuam e se mostram não só estruturais a sociedade mas como legitimadas por essa mesma sociedade. São relatos que abordam a constante recusa do uso do nome social, o despreparo profissional, o medo de violência institucional e a automedicação que evidenciam barreiras simbólicas que estão postas como um meio de distanciar o usuário Trans* do serviço ‘oferecido’ e da possibilidade de ter acesso àquele serviço. Essas experiências confirmam que o cuidado segue atravessado por práticas regadas de violências institucionais, por produção de evasão e vulnerabilização desses sujeitos. Assim, os relatos evidenciam que para garantir equidade e integralidade em saúde é preciso reconhecer as necessidades trans* assim como as legítimas. Para abordar essas necessidades, serão conversadas sobre essas demandas e reivindicações na subcategoria a seguir.

4.1.3 Saúde que se Reivindica: “Ficam a Deus dará! Hormonizando sozinhas”

Perguntamos na coleta o que as pessoas trans* precisam para ter suas questões de necessidade em saúde e com elas, surgem, não só a resposta do que falta na saúde, mas também ideais de como melhorá-la. Também veio a discussão. O primeiro tópico levantado foi sobre a hormonização: “Ela falou sobre a hormonização, eu acredito que a gente precisa ter maior qualidade nisso também.” – **Girassol** (GF2)

Segundo Rodrigues (2025), o tratamento hormonal do SUS conta atualmente com falhas no acompanhamento longitudinal, no despreparo dos profissionais de saúde, na escassez de centros especializados, na baixa cobertura hospitalar, na qualidade dos atendimentos hormonais, nas longas filas de espera, na falta de exames regulares, na falta de estrutura que leva a serviços concentrados em poucos lugares de referência. Essas dificuldades são relatadas pelas participantes ao referirem suas experiências no Hospital Eduardo de Menezes, que é o centro de referência SUS em BH para hormonização, contando com um ambulatório transexualizador chamado de Anyky Lima:

Eu tentei um acompanhamento pelo Eduardo de Menezes, muito longe e muito difícil [...] o acesso é muito difícil. Então, assim, eu acabei estudando [...] Estudei, pesquisei, fui atrás de artigos [...] a própria Unicamp já fez pesquisas, aplicam em pessoas trans* lá [...] então eu acho que não seria ruim. - **Flor de maracujá** (GF2)

Lá no Eduardo de Menezes, que é longe [...] eu fui atendida um dia no Anyky Lima só por causa que ia ter o processo de cirurgia [...] parou depois da pandemia, nunca mais andou para frente. É péssimo! Um lugar que deveria nos acolher, não acolhe. É horrroso! A fila é horrrosa! – **Amarilis** (GF1)

Para mim ele não é legal, porque demanda de passagem, demanda de tempo. Eu transitar [...] lá no Eduardo de Menezes, eu não vou gastar menos do que uma hora, isso aí eu fazendo várias baldeações. – **Amarilis** (GF1)

Pinto (2022), ao realizar um estudo etnográfico com relação ao SUS, concluiu que o cuidado com a hormonização é fragmentado e constantemente interrompido, faltando uma escuta de qualidade e levando à peregrinação entre várias UBS. Essas dificuldades reforçam a auto medicalização, visto que o sistema cria uma barreira na hora de oferecer e acessar o serviço com continuidade, como descrito pela participante:

Eu tenho que ligar só na primeira quinta-feira do mês pra conseguir marcar uma consulta, demora quase seis meses ou para mais [no ambulatório transsexualizador]. Eu vou fazer o quê? Vou fazer na marginalidade. – **Amarilis** (GF1)

A gente tem, por outros motivos, motivos de violência, uma expectativa de vida calculada em 35 anos [...] E aí, se a gente ainda tem a dificuldade de acessar os ambientes de saúde, essas mulheres ficam como, sabe? Sem nada. A Deus dará. Hormonizando sozinha. – **Flor de Cerejeira** (GF2)

Segundo o site ‘*Transrespect versus Transphobia*’⁸ (TvT - 2020), o Brasil é o país que mais mata pessoas trans* no mundo: entre janeiro de 2008 e setembro de 2023 foram registrados mais de 1841 homicídios de pessoas trans* (números absolutos), contudo, há casos de subnotificações e um desinteresse do Brasil quanto à coleta de dados (ANTRA, 2024). Segundo pesquisas desempenhadas pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) entre os anos de 2017 e 2023, foram mapeados um total de 1057 (um mil e cinquenta e sete) assassinatos de pessoas trans*, travestis e pessoas não-binárias brasileiras. Esses dados refletem na expectativa de vida que a participante trouxe e demonstram como a violência impacta na saúde, pois mesmo com o número de violências alto o acesso ainda é negado, dando a entender que essas pessoas e grupos têm que se virar sozinhas e ficar por conta unicamente na proteção de Deus “A Deus dará!”.

Nesse sentido, Carvalho (2019) comenta que as violências sofridas por pessoas transexuais são impulsionadas pelo desejo social de punir o suposto desvio sexual, visto como desafiador das normas de gênero, tendo o assassinato como a expressão máxima do desgosto sobre a violação destas normas e, portanto, culminando em implicações públicas de violência.

⁸ TvT é uma rede e uma base de dados global que luta contra a transfobia por meio da documentação sistemática da violência e da promoção da justiça social para pessoas trans.

Outro tópico trago pelos participantes é a concentração do cuidado em poucos serviços de referência ou focado em alguns profissionais de saúde que promovem o cuidado. Contudo, essa centralização foi algo que o grupo considerou ruim, porque não condiz com os princípios de descentralização e integralidade do SUS:

Dentro do meu posto [...] uma médica foi a luz [...] é o único Centro de Saúde que faz isso, por causa dela [...] E quando a gente, depois disso, tenta construir esse projeto para descentralizar, passar pros outros postos de saúde, não pode! E aí a gente para. – **Amarílis** (GF1)

É isso que a minha crítica, isso fica personalista. E se essa médica por algum motivo sai de lá, acaba tudo – **Dália** (GF1 – Mãe)

Logo, uma das sugestões foi a descentralização e maior possibilidade de acesso a algumas etapas do serviço de hormonização: “Eu acho que é obrigação da UBS, que é o primeiro atendimento primário, me dá isso que o Eduardo daria, seria esses hormônios que pra gente não serve, mas pra nossa euforia nos ajuda.” – **Amarílis** (GF1)

Outra reivindicação que apareceu em ambas as coletas foi sobre os hormônios oferecidos a mulheres trans* serem feitos para corpos de pessoas cisgêneras. Rodrigues (2025, p. 05) diz sobre o tema que: “os hormônios usados no SUS não são adaptados para as especificidades dos corpos trans*” e relata que a ausência de pesquisas e produção focada em corpos trans* agrava o risco do tratamento. O que leva à questão de por que até hoje esses hormônios não são produzidos para os corpos reais que vão ter efeito?

O hormônio que tem hoje [...] não serve para gente. São hormônios de mulheres cisgêneras feitos pra útero. E nós queremos, no mínimo, o pouco do resultado que ele dá. E o que a gente ganha com isso, né? [...] Eu ganho gordura.”- **Amarílis** (GF1)

Fazer pesquisas que sejam pros nossos corpos, porque a gente conversa muito sobre isso [...] Que não existe um uma hormonoterapia que seja pensada pro corpo de pessoas trans*, né? - **Flor de cerejeira** (GF2)

Uma outra participante conta sobre o processo de redesignação da filha no hospital de referência e como, apesar da felicidade da cirurgia, o ambulatório não se encontrava com profissionais preparados para o atendimento na época:

A minha filha, ela fez a redesignação. [...] em 2019 [...] muito feliz, falei: ‘Nossa, que bom saber que tem ginecologia para a minha filha’ [...] Mas ela foi o primeiro caso no Eduardo de Menezes, [...] eles não tinham tido essa oportunidade de tratar de uma pessoa, uma mulher resignada [...] Então tem muita coisa aí, que ainda falta pra aprimorar. - **Sempre Viva** (GF1 – Mãe)

Portanto, outro tema discutido nas coletas e trago pelas participantes foi o cuidado básico em saúde, o respeito: “Porque eu acho que o que mais falta é uma coisa mínima que a gente nem deveria pedir, que é o respeito e o cuidado, sabe?” - **Sempre viva** (GF1 – Mãe)

Esse tema permeia não só os dois grupos, mas as três subcategorias de saúde ampliadas e mostra que o respeito no atendimento e acolhimento está em falta quanto nas vivências, tanto no acesso quanto nas reivindicações de suas necessidades. Pedir atendimento e acolhimento humano, pedir que seus direitos sejam respeitados e realizados, pedir o básico em saúde, não é pedir mais do que o amor e respeito básico. Contudo, isso tem se tornado difícil pelas falas da coleta, o próximo não é nem considerado humano: “Tem que tirar essa imagem de monstro que tem da gente”.

Estou gripada, vou lá, vou ser bem atendida? [...] eu tenho epilepsia. Tive uma convulsão, vou ser bem atendida, tanto que vão saber o meu nome social porque tá no meu documento. Eu acho que é o cuidado realmente, se importar com você, sabe?
-**Girassol** (GF2)

Segundo Preciado (2020), como uma pessoa trans*, relata e discute como pessoas trans* e não-binárias são tratadas como aberrações do novo milênio, que por não se encaixarem nas categorias esperadas são colocadas pelos dominantes como uma invenção cultural que ameaça a falsa segurança identitária e na saúde são vistas como problema em uma ordem patologizante:

Até que ponto que a gente vai ficar lutando dentro do centro de saúde para ter o básico, que é o atendimento igualitário, que só faz isso? Isso é o princípio do SUS, né? Os três princípios que garante, que deveriam ser garantidos. – **Amarílis** (GF1)

A gente também não tá pedindo um atendimento diferenciado de uma outra pessoa cisgênera. – **Magnólia** (GF1)

Uma participante trouxe um relato de sua vivência positiva em um posto como exemplo de algo que vem dando certo, ampliando o acesso de pessoas trans* e travestis no centro de saúde.

Uma médica [...] ela só assumiu um compromisso de atender 15 mulheres trans* no bairro, a gente sabe como que o posto é dividido por cores das equipes ou por números, né? Ela atende todas as equipes do bairro. Então, assim, lá dentro são 15 mulheres trans* e quatro homens trans* que ela atende por conta dela. – **Amarílis** (GF1)

A participante relata que, apesar de existirem as divisões de equipes e organização de território, isso não foi maior do que o princípio de integralidade, pois o território está para

somar no atendimento e acesso à saúde e não como um fator de limitação e exclusão em saúde.

A gente não sofre de passar na recepção, que foi uma coisa que a gente fez lá [...] manda mensagem [...] quando é uma coisa mais tranquila, tipo consulta de rotina. [...] E isso foi uma coisa que ela procurou e ainda assim quase sofreu um processo. – **Amarílis** (GF1)

Apesar da concentração do atendimento em uma profissional, essa demonstra a realidade do sistema de saúde que conta com a maioria dos profissionais sem capacidade ou com medo de atender pessoas trans* e travestis. Apesar dos esforços, o relato também demonstra como as barreiras de acesso institucional se movimentam para impedir:

Quando ela começa a fazer essa hormonização e na época sem retificação de nome e tudo mais, esses hormônios só são dispensados quando o sexo tá lá no sistema feminino e no nome feminino, [...] ia sofrer um processo administrativo, que ela não podia fazer isso e ela provou que ela poderia. Nós, enquanto usuário, assinamos, que a gente entendia e assumia. [...] a gerente não era a favor [...] disse que ia onerar nela [médica] e ela não achou um problema ser onerada em tratar todos esses pacientes e liberou. – **Amarílis** (GF1)

Desse modo, em seu relato, ela expõe uma profissional que, ao tentar atender pessoas trans*, realizando o seu serviço de maneira a promover acesso à saúde e a direitos básicos com atendimento humanizado, teve que enfrentar diversas retaliações, como da Secretaria de Saúde por processo administrativo, como o próprio uso do sistema computacional, como com a gerente sendo contra e, por fim, com a oneração dos tratamentos. Lopes (2012) mostra em sua pesquisa que profissionais que buscam acolher pessoas trans* tendem a se sentirem sozinhos e sem respaldo institucional e gerencial, sendo excluídos por colegas de trabalho. Essa participante coloca, após relatar a sua experiência como os profissionais de saúde são preconceituosos e o sistema também:

Os próprios profissionais são preconceituosos, o sistema também é. Então assim, a gente avança em muitas coisas, mas assim, quando a gente consegue um profissional que acolhe, a gente ainda cai de novo na barreira do sistema. – **Amarílis** (GF1)

Outras participantes também pontuam, algumas participantes acham que profissionais de saúde não sabem como oferecer o cuidado por falta de informação e capacitação:

Não fala sobre os nossos corpos. Como é difícil hoje para as pessoas não binárias, assim, se até antigamente, que não tem muito tempo, a gente discutia mulheres travestis e trans* dentro da binariedade [...] eu acho que é uma coisa que vem de processos. – **Amarílis** (GF1)

Os profissionais de saúde, falta muita informação, principalmente nas UBS, que eu acho que é o primeiro lugar que a gente vai.- **Girassol** (GF2)

Outras participantes já trazem a reflexão sobre a dificuldade no atendimento está mais associada a uma falta de vontade de buscar e ter empatia com pessoas trans* do que com a falta de informação em si:

Profissionais da saúde em si, muitos deles estudam e sabem como funcionam os hormônios dentro de um corpo [...] Se a gente que tá aqui como leiga estuda um pouquinho e consegue [harmonizar] [...] porque eles não conseguiriam, sabe? Então eles não têm vontade mesmo, sabe? Eu falo no geral. - **Girassol** (GF2)

Eu acho que essa questão em relação às atitudes não passa pela formação e pelo conhecimento. Passa pelo caráter mesmo das pessoas. Agora, que falta formação, falta.” – **Papoula** (GF1- Mãe)

[atendimento humanizado] Isso é formação? Isso é caráter, é humanidade! - **Rosa vermelha** (GF1 - Mãe)

Apesar das diferentes visões sobre o tema, a maioria dos participantes concordou sobre a necessidade de treinamento desses profissionais.

Então, tem esse lado da violência, e essa é igual eu falei: crime tem que ser resolvido por meio legal, mas, tem a por ignorância. Eu acho que resolvendo, da ignorância já é um passo muito grande [...] Em especial treinamento, né, dos profissionais. Acho que treinamento é primordial. - **Flor de cerejeira** (GF2)

Dentre as discussões sobre como poderia ser realizado esse treinamento, o grupo elencou diversas ideias a respeito. Algumas pessoas elegeram a necessidade de a formação começar na graduação profissional. Segundo Barbosa (2019), os profissionais da saúde não vivenciam uma formação acadêmica que os prepare para o cuidado com pessoas trans*, essa falta de formação gera insegurança e descontinuidade no cuidado em saúde. Como elencado a seguir:

O treinamento ele precisa começar a acontecer durante a formação dos profissionais de saúde, apresentando [...] que existem formas diversas de se identificar no mundo quando relacionado ao gênero [...] que existem possibilidades diversas, inclusive fora do âmbito sexo masculino e sexo feminino, que são as pessoas intersexo. - **Flor de cerejeira** (GF2)

A qualificação ela começa na faculdade, porque é dali que vai sair esses novos profissionais. E como que a gente pensa desses novos profissionais, ser capacitado não é só as aulas, é a saúde que você está inserido [vivência na prática com corpos trans*]. **Flor de maracujá** (GF2)

Além da questão relacionada à formação profissional dentro da própria faculdade, alguns participantes pontuam sobre a importância de pesquisas acadêmicas. Pereira (2016) pontua que muitas decisões em gestão de saúde ainda são tomadas sem que aconteçam dados confiáveis sobre o assunto e que realmente expressam a realidade da população T. Dessa forma, duas participantes pontuam essa necessidade:

Fazer pesquisas que sejam pros nossos corpos [...] treinar essas pessoas que tenham interesse em fazer pesquisas - **Flor de cerejeira** (GF2)

Então, quando a gente fala de saúde, de novos profissionais e capacitação de profissionais, é a instituição mesmo trabalhar com isso e não num cursinho, mas em dados acadêmicos” - **Girassol** (GF2)

Além da questão relacionada à pesquisa acadêmica, Costa (2022) demonstra que há uma lacuna judicial nas avaliações de inquiridos associados à população trans*, pois poucos utilizam a medida de dois passos para avaliar identidade de gênero, o que leva a avaliações errôneas e que afetam e dificultam a vida de pessoas trans*, mostrando uma invisibilidade e negação de identidade por parte do jurídico e da política. Uma participante compartilha sua visão sobre as cotas trans* e como essas seriam fundamentais para começar a ter uma mudança dentro da própria faculdade, uma mudança relacionada à convivência, à ocupação de corpos trans* e uma mudança para todos os cursos e não só da saúde, para promoção de mudança social.

As cotas trans*, eu acredito que vai trazer mais isso, mas é pra além assim, da capacitação em livros e etc, acaba que a convivência também faz diferença sabe de modo geral, em todas as áreas, [...] Mas isso, a inserção dessas pessoas no âmbito escolar, enquanto profissionais e de modo geral mesmo, de uma pessoa trans* dando uma aula, de uma pessoa trans* varrendo uma sala [...] Eu acho que é isso, sabe? Essa convivência. – **Camomila** (GF2)

Além da formação universitária e a que tange, foi levantada também a necessidade de um reforço constante no ambiente de trabalho, até para alcançar os profissionais que já estão formados. Como mencionado a seguir:

Eu acho que, depois da formação, já nos postos de saúde, nos locais, tem uma outra formação, de como essas pessoas devem ser tratadas durante o atendimento. - **Flor de cerejeira** (GF2)

Precisaria ter capacitação, um cursinho, fazer lá uma coisa simples mesmo, certo e errado como deve ser chamada. Eu acho que, é para mim a palavra chave é cuidado, é se importar. – **Girassol** (GF2)

Apesar da capacitação para profissionais de saúde ser algo fundamental, visto a realidade de despreparo e desrespeito, muitos autores demonstram que tal capacitação, quando medida solo, não resolve a questão do despreparo ao atendimento em saúde á corpos trans*, (Barbosa, 2019; Bento, 2006; Lopes, 2012; Pereira, 2016).

Dessa maneira, Barbosa (2019) aponta que essas capacitações pontuais nos serviços de saúde se mostram insuficientes para o cotidiano da atenção primária. Uma outra ideia sugerida como meio de implementar essa capacitação e treino profissional foi através de abordar a política

nacional de saúde integral LGBT em concursos públicos na área da saúde, para que dessa maneira, também ocorra a auto-responsabilização do profissional para estudo sobre a temática. Como dito a seguir:

Concursos públicos de saúde e educação, têm que ter questões de atenção à população LGBT. Que é assim que a gente começa a mudar o atendimento. Vai ter que estudar para fazer o concurso. Tem que começar a fazer esse tipo de compromisso” - **Lótus** (GF1 - Pai)

Outras participantes concordaram e complementam a ideia:

Vai parar com esse negócio de: ‘ai não tenho formação’. Porque quando eu quero, eu vou lá e estudo. - **Rosa vermelha** (GF1 - Mãe)

Na educação, tem que ter levantamento social [...] Quando você põe na prova do concurso, você obriga, se isso tá no edital como questão, você obriga o pessoal a disponibilizar a informação. - **Papoula** (GF1 - Mãe)

Para Ayres (2009), o poder de aquisição de informações e recursos geradores de proteção contra vulnerabilidades não depende das pessoas individualmente, e sim de aspectos de organização social que permitem a compreensão dos fatores de exposição a vulnerabilidades e que possam promover mudanças práticas nas dinâmicas sociais:

[...] a obtenção de informações, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de as incorporar a mudanças práticas, não depende só das pessoas individualmente, mas de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder de defender-se delas, etc. Todos estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade (Ayres, 2009, p.397).

Não somente a segurança, mas a educação e a saúde também são responsáveis pela vulnerabilização da população trans*, pela falta de oportunidade de acesso a bens de serviço e qualidade de vida. Para Santana (2021), as vulnerabilidades em saúde são marcadas por discriminação, exclusão social, estigma, contextos de encarceramento, violência física, psicológica e sexual, que são agravadas pelas dificuldades de acesso a serviços essenciais como saúde, educação e segurança.

A integralidade no cuidado é central para responder às necessidades em saúde, o que implica a articulação entre diferentes níveis de atenção, a escuta qualificada e a valorização das demandas apresentadas pelas próprias pessoas trans*, travesti e não-binária. (Monzeli, 2013) Dessa maneira, algumas das reivindicações e propostas tragas nesta subcategoria exemplificam uma população que não só luta pelo seu espaço e por respeito, mas também está

disposta a construir ideias para que elas sejam alcançadas e demonstram que (re)existir e ocupar espaços também é uma forma de educar contra a ignorância e o preconceito.

Os participantes concluíram esse tópico apontando para lacunas, principalmente do SUS onde mais procuram acesso, foi evidenciado precariedade no acesso à harmonização, que se mantém em um único lugar, demorando para contemplar a população, gerando filas longas, além de ser um lugar afastado e de difícil acesso. Essa barreira para o acesso acaba por auxiliar o aumento da automedicação e reforça a vulnerabilização.

Outro tópico levantado foi a dependência de poucos profissionais sensíveis ao cuidado e atendimento, o que demonstra um distanciamento entre os princípios defendidos pelo SUS e pela saúde integral com a prática de cuidado e realidade de atendimento em saúde. Sugestões relacionadas às reivindicações por descentralização do cuidado como modo de ocupar os espaços de saúde, como a harmonização poder ser oferecida na própria APS. Outra sugestão foi a de maior investimento em formação permanente dos profissionais da rede e em pesquisas, essa discussão mostrou que os participantes acham que só a formação para o profissional não é o suficiente que mudanças precisam acontecer no momento de formação universitária e que corpos trans* precisam ocupar e estar presentes durante essas formações, seja com aulas, em projetos de extensão ou como alunos, as pesquisas também precisam se ampliar para que esse cuidado seja feito de maneira mais específica e levando em consideração as alterações que a hormonioterapia causa, uma reivindicação levantada coloca a importância da harmonização feita específica para corpos trans* e não uma feita a corpos cis e aplicada em corpos trans*, o que foi relatado impactos como ganho de peso e mudanças metabólicas na saúde da população trans*, pois o remédio cis preve, muitas vezes, a presença de um útero e de seu funcionamento, onde corpos trans nem sempre os possuem.

O respeito é mencionado de forma recorrente e aparece como um dos eixos centrais, assim é colocado como necessário uma mudança ética, estrutural e política que busque enfrentar e coibir a transfobia institucional. Assim, as participantes não só denunciam as desigualdades no cuidado, mas também oferecem propostas buscando a real integralidade em saúde. Por conta disso, nessa pesquisa, contemplaremos as relações sociais como parte de seus determinantes na categoria a seguir.

4.2 Relações sociais como determinantes em saúde: “E é muito importante se sentir pertencente ou acolhido em alguma coisa.”

Por muito tempo, a compreensão de saúde era associada ao modelo biomédico em que a saúde era fragmentada e focada na patologia, tendo como fator de análise o corpo físico e a reação que sofria da química e física newtoniana (Baeta, 2015; Donnangelo, 1976; Paim, 2008). Apesar de outros modelos e ideais terem tomado frente nas concepções de saúde, principalmente teórica e política, ainda se encontram práticas de saúde que operam com a lógica ou com princípios do modelo biomédico.

A compreensão de saúde que atualmente se busca envolve a noção de saúde ampliada ou integral, em que se considera saúde não mais a ausência de doenças mas um estado de completo bem-estar biopsicossocial, entendendo que há diversos fatores que influenciam e que dizem mais sobre a saúde do que a condição física apenas (Campos, 1999; Cecílio, 2006; Mattos, 2001). Essa complexidade de fatores envolve questões sociais de participação, política e coletividade e pode ser entendida como determinantes sociais que fazem parte da saúde (Breilh, 2006). E, como tal, influenciam no processo de saúde-doença, cuidado e vivências em saúde.

A saúde coletiva discute desde a década de 1970 as relações sociais como fatores de saúde. Donnangelo (1976) afirma que as condições em saúde do indivíduo são inseparáveis de seu contexto, assim como de seus fatores sociais, pois estes são mediadores do acesso aos serviços, busca de cuidado e visão sobre o adoecimento. Breilh (2006) amplia o debate ao introduzir o conceito de determinante social em saúde, que as relações sociais fazem parte de um histórico estrutural social que é produtor de adoecimentos; ou seja, o autor leva em consideração que as relações humanas são estruturadas em relações de poder e com isso contêm desigualdades e opressões que impactam a saúde.

A relação estrutural que organiza a sociedade é a mesma que a adoce e se manifesta através do racismo, patriarcado, colonialidade, etariedade, cisheteronormatividade, dentre outras hierarquias. Breilh (2006) relaciona o vínculo entre as pessoas, instituições e territórios como fator que reflete essas desigualdades e, com isso, esses determinantes, pois ao reproduzir exclusão, desrespeito e violência nos serviços de saúde, há a resposta do afastamento do sujeito em relação ao acesso e cuidado em saúde.

A promoção em saúde envolve, como determinante social, a qualidade das relações humanas com o sujeito e o território. Nessas relações, é essencial o acolhimento e a escuta de qualidade, gerando vínculos sólidos e capazes de promover o senso de apoio e pertencimento ao local e ao cuidado com a saúde (Buss, 2000; Cecílio, 2003; Wilkinson, 2003).

Para além das instituições em saúde, as relações familiares e com a comunidade também exercem influência no cuidado integral à saúde. Jesus (2025) destaca que as relações familiares são fatores centrais no bem-estar mental de pessoas trans* e podem evitar situações de vulnerabilidade e rupturas com instituições de cuidado.

Desse modo, as relações sociais produzem o cuidado em saúde integral. Os determinantes em saúde buscam entender que as relações de poder, hierarquias, discriminação e qualidade das relações sociais e rede de apoio podem tanto promover saúde como adoecimento. Nas subcategorias a seguir, entraremos nas relações sociais próximas e nas relações amplas.

4.2.1 Reconstruindo Laços: “Aonde tá o amor, né?”

A família é um dos primeiros espaços de socialização, convivência e aprendizado do ser humano, e as relações que acontecem e se mantêm dentro desse grupo são importantes e possuem efeitos e influências de formas diversas dentro da vida de cada um dos membros (Salles, 2022).

Uma saúde boa, acho que envolve muito as relações também. [...] Quais relações você tem com sua família? [...] Qual é a relação que você tem com os seus pais, com os seus colegas, na escola, na faculdade? Você se sente uma pessoa querida ou você se sente uma pessoa sozinha? – **Magnólia** (GF1)

Segundo Guimarães (2021), o acolhimento familiar está entre um dos maiores fatores de influência na promoção da saúde integral a pessoas LGBTQIAPN+, em especial a pessoas trans*, e na prevenção de vulnerabilização e questões de sofrimento mental. Pessoas trans* que tiveram baixo nível de suporte familiar tendem a desenvolver mais facilmente transtornos mentais como depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada, pensamentos e tentativa de autoestermínio, automutilação, uso de substâncias psicoativas, dentre outros, no qual a dor da rejeição é associada não só às angústias, mas também à vulnerabilização em que corpos trans* são muitas vezes colocados (Guimarães, 2021; Hill, 2008; Perrin, 2021; Russell, 2020; Simons, 2024). Em relação a isso, duas participantes falam sobre os efeitos na saúde devido à fragilidade de vínculos:

Se você se sentir uma pessoa sozinha, vai dar crise de ansiedade, depressão e vai a saúde indo embora [...] acaba sendo mais difícil para você ter uma saúde estável do que uma pessoa que já tem acesso a uma família estável – **Magnólia** (GF1)

A gente vê o tanto. [...] Você vê o sofrimento, né, que eles passam, é automutilação, é depressão, é caso de tirar a própria vida, né? A gente tem acompanhado isso no nosso dia a dia. - **Sempre viva** (GF1 - Mãe)

A ruptura familiar se mostrou presente em muitos casos tragos pelos participantes, em graus diferentes, às vezes como um estranhamento e uma luta materno/paterno inicial e outros em que a participante chegou a ser expulsa de casa e conta sobre isso:

Primeiro me identifiquei com um garoto gay [...] depois eu descubro que não, ser gay é você se entender ainda como um homem. [...] pra minha família aceitar gay, foi meio assim complexo, mas a minha mãe digeriu [...] quando eu me identifico como uma pessoa trans* e vivo essa vivência [...] a gente começa a ter atrito [...] E aí a gente briga muito dentro de casa, e aí ela me expulsa de casa. – **Magnólia** (GF1)

Segundo Perrin (2021), a expulsão de casa, quando ligada à revelação da identidade de gênero, tende a acontecer em lares que possuem fortes questões com rigidez de gênero e/ou ligada a preceitos e apegos religiosos; sendo a expulsão também apontada como um rompimento de pertencimento e perda de proteção social. Segundo Guimarães (2021), essa ruptura pode levar a outras rupturas, como escola, trabalho e saúde, levando as pessoas a ter que sobreviver em redes precárias em relação ao cuidado. Apesar de achar amparo inicialmente com a prima e depois dentro da universidade, a participante expressa o seu forte medo do futuro, por não sentir que tem a família como uma opção sólida de apoio:

A todo momento, nós ficamos com medo de ser lançadas à rua. De ficar amargurada, de ficar como uma andarilha, de ficar sem um banho, da gente ficar sem comer. [...] Então, mesmo a gente estando num lugar que dá estabilidade pra gente por algum momento, a gente tem medo - **Flor de maracujá** (GF2)

Outra participante expõe também sobre a importância do vínculo familiar em relação à permanência na escola: “Sortudas são as pessoas que têm família. [...] Porque esse lugar [educação] não é preparado para nossos corpos.”- **Amarilis** (GF1)

Segundo Guimarães (2021), em um estudo em Belo Horizonte, na cidade da coleta, mostra que apesar da rejeição inicial, alguns participantes tentaram a retomada ou a reconexão com seus familiares, mas em alguns casos, com o passar do tempo, houve uma aproximação familiar. Isso também aparece na coleta, pela participante que relatou a expulsão, em que há relatos de tentativas falhas, mas também esperança na última tentativa de aproximação:

Quando eu venho para cá [capital], eu tento conversar com a minha mãe, [...] como uma mulher trans* [...] Aí ela se distancia de novo e aí ela fica 8 meses sem falar comigo.- **Magnólia** (GF1)

Eu falei: ‘mas você é minha mãe e eu te amo da mesma forma’. E aí ela falou: ‘Eu também te amo’. E eu acho que ela está caminhando no caminho de aceitação – **Magnólia** (GF1)

Uma outra participante que tem o apoio familiar comenta sobre a questão e questiona sobre a debilidade dos vínculos rompidos e sobre a fragilidade da morte:

Quando a gente ouve, que pais e irmãs expulsaram filhos e assim: muito bem, porquê!? Aonde tá o amor, né? Principalmente de uma mãe, que cria, e gera 9 meses, passa pela aquela dor que deve ser insuportável, para depois assim simplesmente vai embora e o que vai acontecer depois? Quando volta, né? Consegue ter um vínculo de novo!? [...] Se você morre!? Como fica a cabeça dessa mãe? – **Amarilis** (GF1)

Com esse questionamento, podemos ver que, apesar dessas retomadas e tentativas de reaproximação familiar, há também muitas dores relembradas, tanto de violências do passado que aconteceram no processo quanto a dor futura, como no relatado a seguir:

Ela ficou tipo[mãe]: "Ai, nossa, vocês não podem vestir roupa de mulher para com isso". Só que não era vestir roupa de mulher, a gente só tava sendo o que a gente queria ser. [...] Se eu cair dura lá, morrer lá em BH e tiver que enterrar eu aqui, quem vai ficar chorando em cima do caixão é você [mãe], por não ter amado. – **Magnólia** (GF1)

Perrin (2021), aponta que a rejeição familiar gera risco maiores de sofrimento mental e como resposta a esse sofrimento, alguns jovens demonstram e desenvolvem resiliência sobre o assunto. Contudo, o autor aponta que é um jeito que a pessoa acha para lidar com o sofrimento emocional. Já Guimarães (2021) coloca a resiliência, podendo ser entendida como um jeito de ressignificar a rejeição e se fortalecer em uma nova construção de cuidado. “Pra mim, pelo menos como uma menina trans*, o mais importante é a presença dos meus pais. [...] Mas eu também aprendi a ser muito forte sem eles.” – **Magnólia** (GF1)

Guimarães (2021, p.5) fala: “Esse processo, embora doloroso, foi descrito como importante para a reconstrução de laços afetivos e para a sensação de dignidade e pertencimento.” Segundo Selles (2022), as relações de amizade podem proporcionar a pessoas dissidentes de gênero uma experiência de aceitação social. Silva (2018), discorre que quanto maior o suporte dos amigos, maior a autoestima e o sentimento de pertencimento, e que a amizade é um dos fatores mais relevantes para o fortalecimento da identidade e para o bem-estar psicossocial. Essa relação de pertencimento e amizade aparece nas falas a seguir:

É muito importante se sentir pertencente ou acolhido em alguma coisa.[...] eu acho que o acolhimento [...] é muito importante, [...] me faz querer permanecer, querer estar ali, buscar mais. – **Magnólia** (GF1)

A nossa casa é muito tranquila [...] Era para ser um apartamento masculino e a gente transformou num apartamento misto [...] A nossa casa hoje se tornou além, de uma casa, é uma família. - **Flor de maracujá** (GF2)

Segundo Guimarães (2021), apesar das rejeições familiares, as redes de amizade se mostram como impulsionadoras de acolhimento e afeto e motivam o empoderamento e o fortalecimento da identidade de gênero, a aceitação e reivindicação pelos seus direitos. Além das falas que reforçam o sentido da amizade como apoio social e de identidade, uma participante motiva e acolhe outra através dos exemplos de amizade como uma nova família e uma nova possibilidade: “Ela vai ter uma outra família, que nem eu tenho a minha família hoje, que são minhas amigas, que me acolhem, que estão lá, me abraçam e faz esse papel família, sabe?” – **Magnólia** (GF1)

Apesar desses relatos acima, muitos dos participantes mostraram estar atualmente com apoio familiar e as mães e pais participantes fizeram questão de mostrar como estão juntos aos filhos na causa e a importância de acolher os filhos e as mães nesse processo, para que os pais possam superar preconceitos e encarar o amor e não mais o ódio e o medo. Isso pode ser visto na fala a seguir em que uma mãe mostra que o acolhimento familiar e a coletividade trazem força para a luta contra o preconceito e a violência:

É acolher as famílias[...] infelizmente, um país conservador como o nosso, e a gente tá vendo o recrudescimento nesse processo, provoca sofrimento [...] Família, vamos tá do lado, tá junto com as nossas filhas, porque não é fácil [...] Então, nós temos que tá preparadas, as mães, para acolher outras mães. Gente, vamos tá juntos! - **Sempre viva** (GF1 - Mãe)

Onde eu vou, eu falo que eu tenho um filho trans*. [...] Faço questão de falar que ele é trans*, que a gente entra na discussão, a gente entra na conversa. [...] Então assim: ‘Nossa, você tá de parabéns’. Eu falei: Parabéns, por qual motivo? Por eu amar o meu filho? – **Lótus** (GF1 - Pai)

Hill (2008), aponta que o apoio familiar é essencial e a presença dele contribui para o aumento da autoestima no enfrentamento ao preconceito e violência, além de reduzir fatores de vulnerabilização. Russell (2020) também coloca o papel da família no apoio a pessoas trans* e não binárias como essencial e acrescenta que o melhor funcionamento relaciona-se à ampliação da comunicação e satisfação familiar. Uma participante reflete sobre como seu apoio familiar foi essencial para o seu processo e como ele ocorreu mesmo a mãe sendo humilde e conservadora, ela ressalta que o amor e o acolhimento estão na pessoa.

Minha mãe é analfabeta, sozinha e do interior. Então, para ela ter entendido toda a minha transição, eu acho que foi magnífico. Para ela que era analfabeta, super conservadora, de uma época de ditadura, de ter irmãos machistas, meu tio, super entender também.[...] – **Amarilis** (GF1)

Selles (2022), coloca que o apoio familiar facilita o cuidado e acesso às questões de gênero, além de promover acolhimento às questões de saúde mental. Uma mãe relata sobre sua vivência com a sua filha trans* e como ela enxerga o apoio familiar como um meio de proteção e espaço seguro para a filha, e outra mãe relata como, ao saber foi estudar para auxiliar o filho:

A rua, minha filha, fala que já tem alvo nas costas pelo fato de ser uma pessoa trans*. Agora, chega em casa, tem que ter um porto seguro nesse mundo, sabe? Tem que ter um espaço, né?- **Sempre vive** (GF1- Mãe)

Quando meu filho se reconheceu [...] Enquanto um homem trans*, [eu] não sabia nada de transgeneridade. Ele tinha 25 anos [...] eu tinha quase 30 anos de formada. E aí, eu fui estudar. – **Papoula** (GF1 - Mãe)

Dessa maneira, as relações sociais familiares e de amizades são fatores importantes para um cuidado em saúde, por gerar redes de apoio que diminuem a vulnerabilização da pessoa dissidente de gênero e promovem questões de autoestima, resiliência, fortalecimento para maior participação social, luta por direitos e enfrentamento aos preconceitos e violências cisnormativas que aparecem na sociedade.

Os relatos analisados mostram que as relações familiares e de amizade constituem elementos fundamentais e centrais na saúde integral de pessoas trans*, operando tanto como fator de proteção quanto de vulnerabilização tanto no fator de saúde mental. Foram relatados casos de rejeição e rupturas familiares que chegaram a expulsão de casa que foram associadas pelos participantes pela questão religiosa e pela cisheteronormatividade. Apesar dessas experiências relatadas, que são comumente vistas na literatura associada a histórias trans*, nessa pesquisa também se observou um privilégio de alguns dos participantes quanto o apoio familiar o que evidencia o oposto, ou seja, quando este apoio se mostra presente é possível concretizar um porto seguro, uma diminuição da vulnerabilização o aumento de possibilidades frente à educação, ensino, segurança social, autoestima, saúde mental e inclusive um favorecimento quanto o enfrentamento das violências cisnormativas.

Outro ponto forte relatado pelas participantes são os elos de amizades que surgem também como importante fator de proteção social e meio de cuidado e pertencimento. Essa reconstrução e ressignificação de laços afetivos, possibilita fortalecimento das identidades e um fator de segurança e afeto. Assim, famílias e amizades operam como um fator essencial para mediadoras de acesso e necessidades em saúde, na permanência na educação e no

enfrentamento a violências. Por isso, a seguir será demonstrado o que os participantes relataram sobre as relações sociais na sociedade.

4.2.2 Reconhecimento Social: “Nos veem só como objeto”

Pessoas trans* são ignoradas e invisibilizadas dentro da sociedade. Já vimos o quanto a saúde e os profissionais de saúde não lidam ou evitam lidar com a existência de corpos trans*, na sociedade. Em relação ao reconhecimento social, podemos ver que esses comportamentos relatados são reflexos de uma sociedade cisnormativa que legitima a violência e exclusão no intuito de acabar com o que acham ser o mal comum, um inimigo, uma aberração, tudo que saia do que acreditam ser a norma de gênero. A seguir, duas participantes colocam como a (re)existência trans* é inviabilizada e como as pessoas cis parecem não se importar com as violências que elas passam:

Vai chegar uma pessoa trans*. Não é possível que na tua cidade, vamos supor, tem 20.000 pessoas e não vai ter uma T, vai ter, gente. - **Flor de maracujá** (GF2)

É, as pessoas sabem muito pouco sobre a gente pela nossa boca, porque assim, de fato somos 1% da população e as pessoas cis estão pouquíssimo preocupadas em ter acesso a pessoas trans*, sabe? Procurar pessoas trans* para trocar com elas. - **Flor de cerejeira** (GF2)

Essa inviabilização se relaciona com a imagem social que foi e é construída sobre pessoas trans*. Essas situações de invisibilidade social acabam por aprofundar condições de vulnerabilidade e violência (Martinez, 2008; Rocon, 2016; Rodriguez-Madeira, 2017). Desse modo, duas participantes colocam que pessoas trans* costumam ser vistas dentro da sociedade com uma certa ambiguidade, mas que em ambos os casos há uma desumanização, seja pela objetificação sexual, seja pela objetificação de não poder ter características individuais e fazer escolhas diversas, pode não estar nos extremos:

Nos verem como violentas e nos sexualizarem muito, nos veem só como objeto. – **Girassol** (GF2)

[...] ou nos vêem como deusas, não tem muito meio-termo ou como aberrações. - **Flor de cerejeira** (GF2)

Outra questão é pontuada por uma participante em como pessoas trans* são vistas como menos capazes e como isso contribui para a desumanização e discriminação:

Porque a gente já sabe que pessoas trans* são pessoas comuns como qualquer outra e têm capacidade como qualquer outra. A gente tem muitos exemplos hoje. Temos várias deputadas que são trans* [...] Então, capacidade a gente tem, a gente tem inteligência também - **Flor de cerejeira** (GF2)

Essa objetificação é fruto do estigma social que historicamente foi usado para construir barreiras simbólicas que colocam pessoas dissidentes de gênero como monstros, desumanizados e assim, não detentores de direitos ou empatia. Para Azevedo (2019), as violências contra corpos trans* são legitimadas pela sociedade e enfrentam diariamente discriminações e violações de direitos humanos. Dessa forma, os indivíduos que apresentam comportamentos não legitimados pela sociedade tendem a sofrer violências, que se relacionam com os rótulos e os estereótipos, estigmatizados e patologizantes. Essa relação com o estereótipo aparece nas falas a seguir:

Eu acho que isso é um dos estereótipos [...] Tá lá para alegrar e tudo mais, falar com todo mundo. E às vezes não, porque de novo, voltando, nós somos seres humanos, como qualquer outro. [...] são pessoas: pessoas são escrotas, são legais, são simpáticas, são tímidas... - **Girassol** (GF2)

O estereótipo é sempre o mesmo. Sempre se imagina as travestis iguais, tudo igual, tudo igual. E aí acaba que quem sabe da particularidade uma da outra é a outra. [...] A transfobia ela tira a nossa individualidade. - **Camomila** (GF2)

Estas discussões apontam para a discriminação no processo de acolhimento e atendimento em saúde da população, com base em um conjunto complexo de pressões, expectativas, restrições sociais e institucionais, que fazem com que um indivíduo tenha que pertencer ao sexo que lhe foi atribuído ao nascimento e esse, por sua vez, deva sentir desejo sexual e afetivo por apenas uma pessoa que se enquadra no sexo atribuído ao nascimento “oposto” (Butler, 2018; Lewis, 2017). Como resposta viva a esses estereótipos, uma participante coloca sobre o uso do termo Travesti e sua importância. Em que seu uso é um ato político e de resistência a anos de violência e discriminação contra corpos dissidentes:

É um termo político que é existente só aqui na América Latina, que é a travesti [...] muitos anos atrás foi utilizado como algo pejorativo de ataque ao corpo de pessoas trans* [...] e esse é o meu termo político que eu poderia usar para lutar porque o meu corpo é político [...] o seu corpo todo momento é político e reivindica esse direito. - **Flor de maracujá** (GF2)

Como dito pela participante, além do uso da nomenclatura, o próprio corpo e o próprio (re)existir é algo político. Bento (2008), discute que a existência da identidade de gênero por si só desafia a cisnormalidade e o binarismo de gênero, de modo que pessoas trans* personificam essa desestabilização do que dizem ser a norma e assim seu existir se torna um

gesto político e de resistência à opressão cisnormativa. Contudo, lidar com um corpo que em si é político e é resistente à norma vigente é cansativo e envolve muitas vezes estar mais exposto a violências e opressões da sociedade, por isso, duas participantes colocam como o processo de hormonização envolve também o se sentir bem e mais acolhida dentro da sociedade:

Então, a hormonização em si é uma coisa específica que a gente precisa de utilizar para se sentir bem, para se sentir acolhida, pra sentir aceita, às vezes até no meio que a gente tá. [...] Mas quando a gente pega pessoas trans*, a saúde, ela vai já para o meio externo que depende do seu corpo, de você se sentir bem. E se sentir bem é se sentir [bem] com o seu corpo, que é como as pessoas vão te ler. - **Flor de maracujá** (GF2)

Apesar da constante opressão histórica a corpos e pessoas trans* que vem se mantendo e até ganhando forças ultimamente com o conservadorismo, um participante conta uma história que vivenciou, para mostrar esperança com a juventude de um futuro mais inclusivo e respeitoso e que, segundo ele, expressa mudanças importantes na luta contra a transfobia:

Tava na escola e um menino começou se identificar como um menino trans*, ele fez 12 anos de idade e começou a ser chamado de Gustavo. Teve uma festa junina, Gustavo não queria dançar com o menino, né? Claro. Aí a colega falou: ‘eu danço com você, Gustavo!’. A turma reuniu foi lá na direção: ‘Olha, Gustavo vai dançar com ela. Se não puder, não tem quadrilha’. Quer dizer, a turma inteira não vai dançar. Então assim, quer dizer, começa a ter uma transformação. [...] o meu neto, por exemplo, não vai ter nenhuma situação de preconceito, que vai ter o tio [trans*], não vai ter nenhuma questão com isso. - **Lótus** (GF1 - Pai)

Outras participantes também expressam a busca pela esperança em um futuro menos opressivo e preconceituoso e realçam a importância de cada ação e resistência:

Nós estamos construindo uma sociedade diferente, embora com tanto retrocesso que a gente teve aí, principalmente nos últimos quatro anos. A sociedade, ela é muito conservadora, machista, misógina. Mas eu sou uma pessoa que tem muita esperança. Eu acho que a gente tem que construir no dia a dia. [...] Carlos Magno fala: ‘olha, as nossas conquistas são pequenas, mas são conquistas importantes’. - **Lótus** (GF1 - Pai)

Eu espero que chegue um momento na sociedade, que a gente fique muito em paz, que todo mundo seja igual a todo mundo, que não tem essa diferenciação de gênero e nem nada. Mas enquanto isso existe, a gente ainda tem que ser pioneira na nossa história e estar presente nesse momento [...] Querendo ou não, vivência trans*, quem vai viver é só a gente. - **Flor de maracujá** (GF2)

Porque quem é melhor que a gente para contar a nossa história, né? Nossa vivência! - **Girassol** (GF2)

Dessa forma, a sociedade gera violências que são estruturais à norma vigente e apresentam com isso opressões sistêmicas que são legitimadas pelo Estado e, como tal, se mostram

insuficientes na proteção e garantia de direitos de pessoas trans* contribuindo para à vulnerabilidade (Braga, 2020; Silva, 2020; Junior, 2017; Melo, 2016; Azevedo, 2019).

Os relatos evidenciam a estrutura cisheteronormativa que utilizam da invisibilização, estigmatização e desumanização de pessoas trans* para inúmeras violências cotidianas. Foram relatadas violências como a objetificação, a negação, a construção da figura do monstro, barreiras no acesso a direitos e cidadania e legitimação das violências sofridas por parte da sociedade. Apesar da persistência dessas opressões, os relatos também apontam possibilidades para transformação social, mostrando que há possibilidade de mudança social, como discutida pela matriz heteronormativa⁹. Demonstrando como formas de reconhecimento ocupação e visibilidade são por si só formas de (re)existência e luta que tencionam as normas e provocam mudanças.

Os participantes concluem com a discussão que há uma ambivalência simultânea, em relação a ter uma violência estrutural bem marcada e ao mesmo tempo essa gerar a possibilidade de resistência e potência para mudança social. Essas dinâmicas reforçam que a vulnerabilização de pessoas trans* não é individual, mas resultado de uma estrutura normativa e institucionais que reforçam as desigualdades e violências. Para entender melhor essas ambivalências e como os participantes experienciam o tema, isto será tratado na próxima categoria.

4.3 Violência institucional: “Tem que tirar essa imagem de monstro que tem da gente”

A violência institucional é um dos principais obstáculos de acesso a direito e cidadania a pessoas trans*. Essa violência não se encontra concentrada em apenas uma área, mas sim em diversas, realçando seu fator de espelho às violências estruturais que são legitimadas pelas hierarquias de poder. Assim, os relatos sobre violências não se restringem aos serviços de prestação em saúde, mas também a áreas educacionais, trabalhistas, de apoio social e de segurança.

Esse modo de violência não se manifesta apenas em ações e atitudes transfóbicas diretas, mas em exclusão, negligência, omissão, estereotípias e estigmatização, criando barreiras

⁹ Matriz heteronormativa é um conjunto complexo de pressões, expectativas, restrições sociais e institucionais, que fazem com que um indivíduo tenha que pertencer ao sexo biológico que lhe foi atribuído ao nascimento e esse deva sentir desejo sexual por uma pessoa do gênero “oposto”, apesar de se assemelhar ao termo de heterossexualidade compulsória, esse por sua vez reconhece a possibilidade de subversão do padrão heteronormativo (Lewis, 2017).

simbólicas que afastam o cuidado em saúde de corpos trans* e deslegitimam suas identidades (Bento, 2006).

A violência institucional pode ser definida como formas em que as instituições do Estado ou seus representantes violam diretamente ou indiretamente sujeitos vulnerabilizados, através do estigma, estereótipos, discriminação, burocracia demasiada, descumprimento de políticas sociais específicas e práticas de profissionais desrespeitosas (Cunha, 2017). Em relação a pessoas trans* esse tipo de violência está estruturalmente enraizado na cisnormatividade que atua como um orientador do espaço institucional.

Segundo Carrara e Vianna (2006), as instituições de saúde geralmente negligenciam corpos trans* e suas individualidades e reproduzem neles o modelo biomédico centrado no corpo cis, o que leva à patologização e à invisibilidade dessa população. Desse modo, essas instituições contam com inúmeras violências simbólicas e institucionais. Como apontado também ao longo desta pesquisa, há muitos relatos de despreparo profissional, ausência de protocolos específicos e uso do nome morto mesmo com o nome social estando cadastrado.

Bento (2014), expõe outro elemento, que é a negação da identidade de gênero dentro dos serviços de saúde, em que tal violência leva a um ciclo de exclusão e adoecimento psicossocial à população trans*. Assim, as necessidades em saúde da população trans*, incluem, para além da assistência médica, o reconhecimento social e jurídico de suas identidades, a garantia do nome social e o acesso a políticas públicas que combatam a transfobia (Monzeli, 2013).

As violências cotidianas, quando somadas à dificuldade de acesso e cuidados em saúde, levam a práticas de automedicação. Monteiro (2012), debate que, mesmo com a existência de políticas nacionais de saúde integral LGBT, a resistência cisnormativa das instituições e as descontinuidades de programas levam ao agravamento e precariedade dos atendimentos. Portanto, a violência institucional funciona em padrões de afastamento e negação de recursos e suportes, criando barreiras no cuidado.

Além das violências institucionais na área da saúde, esse tipo de violência também se manifesta em escolas, serviços sociais e segurança pública. Louro (2000), explica que a violência educacional, ao refletir a cisheteronormatividade, leva à marginalização das identidades dissidentes de gênero, desencadeando evasão escolar e perpetuação de preconceitos e estigmas associados ao desvio da norma.

Assim, é essencial reconhecer as violências institucionais que ocorrem contra corpos trans*, que funcionam por meio de práticas estruturadas na cisnormatividade, que em conjunto garantem a postura de vulnerabilizar constantemente essa população. Segundo Breilh (2006), os determinantes sociais em saúde mostram que a negação da saúde não é algo isolado, mas sim resultante das relações de poder vigentes. Dessa maneira, as violências institucionais evidenciam as relações de poder, a desigualdade social e as estruturas estigmatizantes que são reforçadas para serem mantidas historicamente.

Apesar do cenário estrutural de cisnormatividade e dessas estruturas estigmatizantes, coletivos trans* e de familiares se rebelam e constroem cotidianamente maneiras de enfrentamento e resistência a esses padrões. A presença de ambulatórios, avanços em universidades, movimentos sociais e pesquisas mostram um processo de reivindicação, reconhecimento e luta para mudanças institucionais. Por conseguinte, a violência institucional é denunciada e mostra sua efemeridade a todo o momento, justamente pelo próprio ato de (re)existir de pessoas trans*.

4.3.1 Portas fechadas, janelas abertas: “Me fechou a porta, pera aí, opa eu vou pular a janela”

A violência contra pessoas dissidentes de gênero acontece não só no âmbito das relações pessoais, mas também das relações institucionais. Cunha (2017), discute que a violência institucional é uma forma de exclusão de pessoas em vulnerabilização, sendo a falta de acesso uma violação de direitos humanos que comumente acontece com identidades ou existências negadas pelo Estado. Como ato de reivindicar esse acesso e esse lugar como identidade de direitos, uma participante mostra resistência através de uma analogia com as “portas fechadas” que os serviços de saúde fazem ao criar barreiras no acesso: “A porta deve ser aberta. Me fechou a porta, pera aí, opa, eu vou pular a janela” – **Orquídea** (GF1)

Essas barreiras que se manifestam por meio de violências institucionais são relatadas por duas participantes, que contam situações de negligência que passaram em duas unidades básicas de saúde diferentes:

E aí que é o problema, eu fiquei de janeiro a julho, enganada pelo centro de saúde que me falaram que fizeram encaminhamento da minha filha pro ambulatório trans* [...] e nada – **Dália** (GF1 - Mãe)

Chega no centro de saúde, fica na mesa de uma pessoa e essa pessoa não tá lá, se perde. Isso é cotidiano e é algo que os gestores [...] não conseguem ou não fazem tanta questão [...] ter um controle sobre isso ainda, seja na saúde, seja em outras instituições. – **Amarilis** (GF1)

Monteiro (2012), aponta que ocorrem diversas violências dentro dos serviços de saúde, nas quais muitas dificuldades de atendimento e acesso por pessoas travestis e transexuais são resultado de preconceito e despreparo de profissionais da saúde. Em relação a esse despreparo, uma participante conta sobre uma capacitação que tentou realizar em seu centro de saúde, com o auxílio de uma profissional ‘sensível’ e como os outros profissionais lidam com a capacitação:

Dentro de um centro de saúde, você acha uma pessoa que é sensível a isso. [...] Você chama uma formação dentro do posto, ninguém vai. Se ela não for obrigada e aí ela senta no celular, ela vai ficar fingindo que não vai ouvir a qualificação, os informes e tudo mais. Porque eu já presenciei isso. E assim, dentro do meu posto. – **Amarilis** (GF1)

Essa violência e preconceito contra corpos trans* se estende a pessoas cis que se associam. Uma mãe cisgênera conta a violência que sofreu por uma médica em uma consulta no centro de saúde, por dizer que tem uma filha trans*:

Eu tava lá fazendo atendimento com a médica e perguntou se eu tinha filho, eu falei: ‘Tenho uma filha que é trans*’, ‘Virou modinha agora, né? [...] ela é médica, da minha equipe [...] falei com ela assim: "Mas não existe isso não, orientação sexual e identidade de gênero é inerente, é a diversidade humana". Ela ficou me olhando. "Esse ser modinha, aqui, não existe!" [...] uma médica falando isso.[...] naquela hora eu pedi a confiança. - **Sempre viva** (GF1 - Mãe)

Segundo Chagas (2023), o preconceito estrutural e interpessoal, materializados em práticas discriminatórias que são perpetradas por gestores em saúde, profissionais e instituições, constituem os maiores desafios a serem superados para uma atenção integral, equânime e humanizada à população transgênera, transexual, travesti e não binária. Uma outra participante relata sua experiência não como pessoa trans* a ser atendida, mas como uma pessoa trans* que trabalhava no serviço de saúde público e nem como profissional era respeitada ou tinha as barreiras suspensas:

Trabalhei em nove regionais [...] eu tinha o meu papel de vinculação do usuário [...] a qualquer equipamento que ele deveria usar. Nós tínhamos impasse com a ACS [...] falava que não existia [...] nenhuma pessoa LGBT, principalmente pessoas travestis e transexuais e a gente encontrava com essas pessoas no bairro. Chegava na recepção [...] o respeito ao nome social, Isso nunca foi garantido e essas pessoas voltavam pra casa. A gente representava a Secretaria de Saúde diretamente, nem com a gente o equipamento aceitava. – **Amarilis** (GF1)

Outro relato recorrente é a questão dos estereótipos ligados à presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) apenas pelo fato da pessoa ser trans*. Segundo Monteiro (2012), a simples presença de pessoas trans* no serviço de saúde é frequentemente interpretada pelos profissionais como um sinal de risco à saúde pública, pois independentemente dos motivos da presença, o serviço associa a motivação de testagem de IST's. Duas participantes relatam que a primeira coisa que os centros de saúde oferecem ao se depararem com corpos trans* são exames de IST sem realmente olhar a queixa da pessoa ou procurar fazer uma escuta sobre a necessidade da pessoa.

Quando a gente chega em um posto de saúde? [...] a gente chega lá com uma dor de cabeça, eles querem fazer testagem de IST. Porque se a gente não tiver um diagnóstico positivo para qualquer IST [...] pra eles não serve tratar a dor de cabeça. Não serve tratar o pé. – **Amarilis** (GF1)

A primeira coisa que pergunta é se ela tem DST¹⁰, de vez de fazer os exames de hormonização [...] não é só para pessoas trans* fazer exame de DST, é para todo mundo, mas é a primeira coisa que recomenda. Você fala: 'Eu queria fazer um exame'. 'Ah, você quer fazer um exame de DST'? 'Não, querida, eu quero fazer um exame hormonal, um hemograma, uma coisa normal' - **Flor de maracujá** (GF2)

Bento (2014), relata como o corpo travesti é tratado como um “corpo perigoso” que exige vigilância epidemiológica constante em uma lógica biomédica, isso faz com que ocorram pedidos automáticos de exames de IST's mesmo que não encaixados no contexto clínico da pessoa. Uma participante relata que vê a diferença da questão em relação ao atendimento de pessoas cisgêneras, ainda mais em comparação ao atendimento e acesso que tinha antes de assumir socialmente a identidade trans*. Como podemos ver a seguir:

Quando chega uma pessoa cis fala: 'Eu quero fazer um exame'. A primeira coisa que eles perguntam é qual o exame você quer fazer. Isso eu sei porque eu já fui atendido com uma pessoa cis [...] Quando eu fui como uma pessoa trans* 'ah, você quer fazer as de DST, né? Qual delas? - **Flor de maracujá** (GF2)

A participante expõe também sobre a mudança de tratamento ao tornar conhecida sua identidade e como isso é retornado em forma de punição social e vulnerabilização de seu corpo. Para Butler (2018):

Cada um de nós é constituído, politicamente, em partes em virtude da vulnerabilidade social dos nossos corpos – como um local de desejo e vulnerabilidade física, como um local de uma publicidade ao mesmo tempo assertiva e exposta. A perda e a vulnerabilidade parecem derivar do facto de sermos corpos socialmente constituídos, vinculados a outros, correndo o risco de perder esses vínculos dessa exposição (Butler, 2018, p. 8 e 9).

¹⁰ DST é a sigla para Doenças Sexualmente Transmissíveis. Era a sigla comumente utilizada no passado antes da proposta de mudança para a sigla IST, buscando refletir a atualização terminológica, mais precisa e menos carregada de preconceito, adotada para melhorar a comunicação em saúde pública e o cuidado das pessoas.

Carrara (2006), crítica como a saúde coloca o conceito de “públicos-alvo” de controle de IST’s associada à população trans*, e como isso funciona como base para o estigma, além de reforçar as desigualdades e preconceitos. Em relação à auto-dedução ligada a preconceitos, uma participante expõe a sua opinião e observação sobre como tal ato, além de ser uma violência, ainda se mostra como uma maneira de tirar a autonomia e escolha do sujeito:

Eu acho que tira a autonomia. Porque quando você impõe [...] ‘Ah, você quer fazer esse exame?’ É como se eu enquanto paciente não tivesse inteligência suficiente para saber qual exame eu tô precisando fazer naquele momento. O dia que eu quiser vir fazer o exame de DST, pode ficar tranquilo que eu vou vim. - **Flor de cerejeira** (GF2)

Dessa maneira, a conclusão de uma participante é relacionada a como a violência institucional está ligada ao estigma e preconceitos da cisnormatividade e como os profissionais acreditam que impor conceitos religiosos e deslegitimar a identidade do outro se mostra como um ato aceitável dentro do ambiente de trabalho e de atendimento à saúde, evidenciando como esses comportamentos de violência são legitimados pelo sistema e pelo Estado:

As pessoas ainda misturam, o que eu acho do mundo e trabalho. Então, eu tô lá trabalhando, mas eu tenho uma questão religiosa que eu acho que é errado e eu me sinto confortável e no direito de colocar a minha opinião sobre o outro. [...] muito recorrente. - **Dália** (GF1 - Mãe)

Como dito por Dália, Monzeli (2013) também coloca em sua pesquisa a respeito:

Os processos de atenção em saúde, mesmo no setor público, se misturam a procedimentos de cunho privado e religioso, numa atuação que reúne aportes “supostamente” profissionais/científicos e preceitos valorativos e de fé, na direção da imposição, da transformação de práticas, comportamentos subjetividades e corpos. (MONZELI, 2013 pg. 43, 44)

Evidenciando como profissionais e instituições se utilizam da religião e dos títulos relacionados como meio de reproduzirem violências e opressões que são muitas vezes legitimadas pela sociedade, desse modo, a violência em nome de ‘Jesus’ pode ser realizada em nome de um ‘bem maior’ que busca colocar todos dentro de uma norma de gênero e para isso é aceito a opressão, o menosprezo e o desrespeito com o outro.

Por fim, uma outra participante expressa como é necessário que se tenha mecanismos mais rígidos contra a violência:

Eu acho que precisa de outros mecanismos mais duros mesmo, porque não adianta a gente esperar que as pessoas tenham essa vontade, porque perpassa por uma visão de mundo que é uma construção anterior, assim. - **Rosa vermelha** (GF1 - Mãe)

Contudo, ressalta-se que ‘incidentes’ que envolvem pessoas transexuais, 20% acabam em assassinato e cerca de 40% destes são iniciados pela polícia (Rodriguez-Madeira, 2017). Demonstrando que as próprias instituições de segurança que cercam a pessoa trans* no Brasil, são também as responsáveis por incentivar as vulnerabilidades, a marginalização e a falta de acesso a oportunidades, assim os serviços ligados a exercer esses mecanismos que a participante coloca, são os mesmos que cotidianamente violentam seus corpos.

A violência contra corpos trans* é recorrente. Alguns profissionais de saúde reproduzem preconceitos estruturais que criam barreiras de acesso a cuidado em saúde que são legitimadas pelas instituições, outros profissionais mostram-se despreparados para o atendimento e esse despreparo é co-responsabilizado pelas instituições de saúde e formação universitária que também lidam com o despreparo justificado e legitimado pelo Estado.

Os relatos dos participantes revelam que a violência contra pessoas trans* na área da saúde acontecem principalmente em relação a comportamentos preconceituosos, negligência nos atendimentos, falta de preparo dos profissionais, barreiras ao acesso a cuidados de baixa, média e alta complexidade, em especial UBS e UPAS. Também é relatado por várias participantes a relação e a imposição a exames de IST's sem que seja realizado uma escuta ou que se tenham sinais e sintomas associados à testagem o que demonstra não só um sinal de preconceito mas também uma barreira que é colocada em relação à escuta e vínculo com o serviço. As participantes relataram que o acolhimento está ligado à falta de escuta real das suas necessidades em saúde e que demonstram a deslegitimação de suas identidades por parte dos profissionais.

O despreparo profissional foi outro tema que também aparece nessa categoria, os relatos evidenciam uma resistência por parte dos profissionais há treinamentos e atendimentos qualificados, inclusive havendo quadros de violência de gênero que se estendem a familiares de pessoas trans*, mostrando uma violência punitiva, não somente a pessoa trans* mas estendendo a sua rede de suporte. Apesar de as violências institucionais serem cotidianas, a resistência e reivindicações também são constantes e mostram resposta em diversas áreas. Uma delas é a educação, que será relatada na subcategoria seguinte.

4.3.2 Aprender a Ser em Espaços que Excluem: “Nossa, mas é tão diferente ver uma mulher no hall e ver uma travesti”

A educação é um vínculo que, assim como a saúde, é promotora de proteção social e participação social, ou seja, sua ruptura tende a gerar vulnerabilização nos indivíduos. Contudo, a educação também é uma instituição que reproduz a estrutura de poder normativa que oprime e cria barreiras com pessoas que descendem da norma Monzeli, 2015; Melo, 2016). Desse modo, pessoas trans* são historicamente excluídas da educação, seja nos espaços das escolas, seja nos espaços universitários.

Apesar dessa exclusão, as pessoas trans* reivindicam esse espaço e o ocupam como forma de luta, (re)existência e mudança social. Como podemos ver nas duas falas a seguir, onde uma participante expõe a educação como um espaço para se conseguir emancipação social:

E isso eu falo pela minha própria vivência, porque eu venho de um lugar que é pobre, venho de um lugar que não tem acesso, a educação é bem escassa. [...] A educação é uma grande oportunidade para a gente mudar o mundo e as coisas à nossa volta. – **Orquídea** (GF1)

Segundo Bento (2017), ao discutir sobre a ocupação de pessoas trans* e travestis no meio acadêmico, relata que essa presença é uma forma de (re)existência e subversão às normas cisnormativas e que essas ainda são recentes e marcadas por muitos desafios que a própria instituição coloca. Essa ocupação e lugar de (re)existente recente pode ser visualizada também na fala de uma participante:

Agora que a gente tá ocupando esse meio acadêmico. Vai fazer uns 10 anos que as primeiras travestis começaram a acessar o meio acadêmico, que foi a primeira vez que elas puderam ter acesso, acesso a uma educação que levasse ela até ali. - **Flor de Maracujá** (GF2)

E estar presente é muito importante, porque há um tempo atrás, a UFMG pouco pensava em políticas trans*. Não pensava, não tinha. - **Flor de Maracujá** (GF2)

Essa ocupação, ainda que aconteça, é marcada por muita resistência e violência identitária. Essa violência institucional acontece desde a educação básica e dificulta que pessoas ao longo de seu processo de identidade e afirmação cheguem ao nível superior e o concluam. Segundo Lopo (2008), a escola ainda funciona por meio de modelos de ensino e socialização rígidos com questões de gênero, fazendo com que desde muito cedo as crianças vivenciam esse espaço como um lugar que produzem e reproduzem normas binárias de masculinidade e feminilidade.

A produção e reprodução de estruturas de poder que levam a estigmas são praticadas como um todo sobre esse corpo e demonstram que, além da questão de gênero, outras barreiras estão em conjunto. Como na fala de uma participante a seguir: “Porque uma travesti negra, uma travesti pobre, ela chegar na universidade é muito diferente de uma travesti que é branca e rica.” - **Flor de Maracujá** (GF2)

Essa participante denuncia as camadas da interseccionalidade que geram exclusão. Segundo Crenshaw (1991), a Interseccionalidade pode ser definida como uma construção do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação, ou seja, a interseccionalidade trata especificamente a forma que o racismo, patriarcalismo e opressão de classe criam desigualdades básicas que estruturam as relações de poder e se entrelaçam como formas de opressão. Portanto, uma travesti negra e periférica enfrenta múltiplas barreiras de acesso a espaços de poder e conhecimento (Jesus, 2012).

Segundo Baptista (2018), existe a multiplicidade interseccional, que constitui a ambiguidade dos corpos gentrificados, sexualizados e performáticos. Para Braidotti (2018):

Classe, raça, gênero e orientação sexuais, idade e capacidade física são, mais do que nunca, marcadores significativos da “normalidade humana”. Estes são os fatores determinantes no enquadramento da noção de, e no controle do acesso a algo a que podemos chamar “humanidade”. (Braidotti, 2018, p.306)

As desigualdades sociais, de gênero e de raça produzem vulnerabilidades que impactam diretamente a forma como as necessidades em saúde são percebidas e atendidas (Monzeli, 2013). Uma participante dá seu relato de como ela, uma mulher travesti, negra e de baixa renda, ingressou na universidade por conta da amizade com outras mulheres travestis universitárias, ressaltando o poder da coletividade e do vínculo para a construção de acesso à educação e saúde:

Eu trabalhava do lado da moradia da UFMG e uma amiga nossa [...] me chamou para participar do TRANSodonto e fiz amizade com as meninas e [...] sempre vendo as meninas e com insistência delas eu resolvi fazer o ENEM. [...] Então, é muito importante, para além da gente mesmo, acabar construindo a nossa saúde junta [...] Essa convivência é muito importante. – **Camomila** (GF2)

Desse modo, a participante retrata a importância das redes de apoio afetivas e da coletividade para a ampliação do acesso a direitos e políticas públicas. Segundo Bicalho (2019), a saúde de pessoas trans* está diretamente associada à noção de pertencimento, vínculo e coletividade e

retrata uma dimensão de saúde que é também política. Uma participante usa do relato para reforçar a importância do pertencimento em espaços educacionais:

A ciência tá aqui, o estudo tá aqui e a gente melhorando aqui, a gente consegue melhorar para as outras pessoas também. [...] conseguir melhorar não só para as pessoas trans* daqui de dentro, mas lá fora também pra trazê-las também pra aqui pra dentro. Porque a educação que faz a gente conseguir alcançar novos caminhos. – **Girassol** (GF2)

Prada (2021), ressalta que a construção do cuidado em saúde começa muito antes do consultório e envolve principalmente as redes de apoio que estão ligadas à permanência nos espaços, inclusive educacionais. Como exemplo prático dessas mudanças, uma participante cita um projeto da universidade chamado TRANSodonto, durante o grupo focal, e conta sobre como enxerga a existência do projeto:

Anos atrás, na odonto não tinha uma capacitação de atendimento bucal a pessoa trans*, travestis e não-binários em Belo Horizonte. Não tinha, não era pensado [...] Abre um projeto de extensão [...] as pessoas trans* começam a acessar, a ter acesso à saúde bucal [...] abriu pesquisa, teve desenvolvimento [...] tem pesquisas que a hormonização pode atrapalhar numa aplicação de anestesia [...] pode atrapalhar em gengivite. Tem que ser uma cirurgia mais cuidadosa [...] mulheres que aplicam, às vezes, podem ter erro de cicatrização [...] Então, essas pesquisas vêm tudo saindo daqui. - **Flor de maracujá** (GF2)

O projeto de atendimento a pessoas trans* dentro da UFMG aponta para um processo de saúde e cuidado em uma visão ampliada. Segundo a participante, o projeto, além de ampliar o acesso à saúde bucal para pessoas, se articula dentro do ambiente acadêmico, produzindo pesquisas que apontam os efeitos da hormonização nos tratamentos bucais de pessoas trans*, podendo evitar agravos e reduzir riscos antes não conhecidos ou estudados. Essa participante pontua sobre a sua luta dentro da universidade por um ambulatório, como pode ser visto a seguir:

E o ambulatório não é só para aplicar mulheres trans* e harmonizar elas, mas é saúde, atendimento primário, saúde de uma hormonização muito bem acompanhada, cheia de exames, com exames coerentes, acompanhamento, pesquisa, seria pioneira em pesquisa. - **Flor de maracujá** (GF2)

A pesquisa também é um fator que contribui para os determinantes sociais em saúde e suas condições de vida, assim apontando para a possibilidade de um acompanhamento ético das especificidades de alguns dos corpos trans* e indo de contraponto ao modelo biomédico. Segundo Lopes (2012), ao falar sobre capacitação dos profissionais e de sua importância, destaca a necessidade de ela ser contínua e de fomento à produção científica, com um olhar às necessidades em saúde reais da população trans*. Junto aos papéis das universidades as participantes também compartilharam sobre suas ações de representação política e luta diária para fazer do espaço acadêmico um lugar mais acolhedor a corpos trans*:

Poucas pessoas trans* acessam o conselho universitário. E eu sou a única no conselho universitário. Então, eu entrar como travesti, entrar e poder fazer uma fala no conselho, poder defender o meu corpo e as pessoas vêem que eu consigo ser coerente [...] eu acho que é isso, que é o ponto que foi virando a chave de vamos dar oportunidades [...] elas têm conhecimento. - **Flor de maracujá** (GF2)

Eu também participo do Afronte, que é um movimento político aqui. A gente consegue melhorar lá fora também... Porque a educação faz a gente conseguir alcançar novos caminhos. – **Girassol** (GF2)

As participantes mostram a importância e o impacto da representatividade trans* nos espaços institucionais e políticos. Segundo Prado (2020), as pessoas trans* que ocupam espaços de discussão e decisão política como conselhos, comissões e espaços deliberativos, desafiam a estrutura cisnormativa e contribuem para a construção de políticas mais sensíveis às realidades e necessidades em saúde da população “T”. Duas participantes também relatam sobre a importância de pertencer e pensar em políticas dentro da universidade:

Pensar em política de saúde de pessoas trans*, pessoas travestis e não binárias na UFMG é pensar também para mim em saúde no público de BH mesmo. [...] a gente precisava melhorar na questão estudantil ou na universidade, porque a partir daqui que a gente consegue melhorar lá fora também. – **Girassol** (GF2)

Eu cheguei e não tinha quase nenhuma travesti. E aí a gente foi se encontrando, a gente foi fazendo amizade e hoje a política trans* aqui dentro da UFMG com o Cintura fina, com as pessoas trans* se movimentando diante a tudo que está acontecendo[...] o que dá maior virada de chave em tudo é a gente estar aqui. - **Flor de maracujá** (GF2)

Mesmo fora dos espaços de decisões políticas, a (re)existência dentro da universidade promove espaços de mudança e resistência cisnormativa. Segundo Monzeli (2015), a escola representa um fator de ambiguidade, visto que ao invés de promover proteção social, pertencimento e segurança acaba por expor a violência e vulnerabilidades, como no trecho:

[...] deparávamos com muitas ambiguidades nas relações e nos espaços frequentados por elas, e também por nós. A esquina que expõe e violenta é a mesma que acolhe e dá prazer, a instituição que deveria acolher e educar é a mesma que expõe e violenta. (MONZELI, 2015 pg. 03).

Uma participante relata sobre como é ser a primeira travesti a fazer o seu curso de formação, sendo esse um curso predominantemente masculino :

Eu sou a primeira mulher trans*, travesti a entrar no meu curso [...] às vezes a gente tá sentado numa aula ou tá sentada conversando aí eles param assim: ‘Nossa, mas é tão diferente ver uma mulher no hall e ver uma travesti’. Eu: ‘pois é, gente, vocês acreditam? Olha que legal!’ – **Camomila** (GF2)

A participante relata que, apesar de viver bem com os colegas por ser ‘tranquila’, acaba vivenciando várias violências simbólicas nas quais ela entende que diz sobre um preconceito, é um problema que está no outro e não nela:

Como é uma área masculina, os homens, eles têm poucas opções, ou ele vai me respeitar, ou ele vai ser transfóbico, ou ele vai ser machista. Porque se ele for transfóbico, ele vai me comparar a ele e se ele me comparar uma mulher fraca, segundo ele, ele vai ser machista. Então, o problema tá onde? – **Camomila** (GF2)

Segundo Butler (2004), a transfobia está dentro de regimes de inteligibilidade de gênero, os quais são sustentados por estruturas normativas. Essas estruturas protegem as violências simbólicas e estruturais que, para que ocorra mudança, exigem uma transformação ética, política e institucional que vai muitas vezes além da capacitação, como é dito por uma participante:

Presumidos dois, duas formas de preconceito, de violência contra uma pessoa trans*. Então, uma é intencional, então, quando a pessoa abertamente é transfóbica e isso não tem capacitação no mundo que vai resolver. – **Flor de cerejeira** (GF2)

Dessa forma, os ambientes acadêmicos e educacionais reproduzem a transfobia e os padrões cisnormativos, gerando violências institucionais. Bento (2006) coloca que ocupar os espaços de disputa de território, nesse caso como os espaços educacionais, é uma forma de “politizar a existência”. Duas participantes relatam suas relações com a educação, uma sobre sua vivência e outra sobre a vivência da filha trans*:

As escolas não foram pensadas para os nossos corpos. As escolas nos expulsam desses lugares, a faculdade nos expulsam desses lugares, e assim [...] pode ter família, que ainda fica sem rede de educação. Porque esse lugar não é preparado para nossos corpos, como a saúde também não é preparado para nossos corpos. – **Amarílis** (GF1)

A escola é um problema, é um fator que [...] dificulta a saúde da minha filha [...] a escola é cruel! Muito cruel assim, a escola eu sei que é um dos maiores prejuízos à saúde da minha filha a vida inteira. E aí eu fico torcendo para ela terminar o ensino médio e ficar livre desse mal. – **Dália** (GF1 -Mãe)

As falas de Amarílis e Dália convergem em uma crítica contundente à escola como um espaço excludente e adoecedor, especialmente para corpos trans*.

A fala de Amarílis evidencia que a escola e a universidade não foram projetadas para acolher corpos trans*, funcionando muitas vezes como espaços de expulsão simbólica e material. Ela amplia essa crítica ao campo da saúde, indicando uma lógica institucional que nega o pertencimento e a humanidade desses sujeitos. Trata-se de uma denúncia à cisnormatividade estrutural e à lógica de exclusão.

Já Dália, como mãe, denuncia a escola como um fator de sofrimento direto na vida da filha, descreve ser cruel para a filha e prejudica a saúde. Sua fala revela a relação entre educação e

saúde mental, apontando a escola como fonte de violência e não de proteção. Há um desejo de "libertação" do espaço escolar, visto como um longo processo de adoecimento.

Uma participante relata que, como professora aposentada, observa o meio educacional e acadêmico como reprodutor de normativas e violências, expondo que às vezes, mesmo com informações, os profissionais continuam a produzir e reproduzir estruturas sociais excludentes de poder:

A escola é um lugar difícil e eu sou aposentada como professora. Como educadora de ensino médio. Então assim, claro que entendo o lugar de fala, eu tô dizendo que ela é difícil. E lá de dentro também que a gente vê a homofobia, o racismo, a misoginia. [...] a informação vai, vai EAD, vai para promoção de cargo. Agora é de dentro pra fora, né? - **Rosa vermelha** (GF1 - Mãe)

Ao afirmar que "a escola é um lugar difícil", Rosa Vermelha não fala a partir de uma postura externa ou abstrata. Ela reconhece sua posição de pertencimento e responsabilidade ("eu sou aposentada como professora"). Rosa Vermelha também denuncia o que vê na escola: "lá dentro a gente vê a homofobia, o racismo, a misoginia". Com isso, ela rompe com a idealização da escola como ambiente neutro ou protetor. Sua fala denuncia que essas formas de opressão estão enraizadas também no cotidiano escolar.

Outro assunto que foi tratado pelas participantes foi sobre a ambivalência da academia, que de maneira dúbia, ao mesmo tempo que protege e promove crescimento, também isola e reproduz normas de exclusão.

A gente se esquece que a UFMG, ela é uma bolha [...] vai pra sua casa dormir? É a moradia da UFMG. Vai almoçar? É no RU¹¹ da UFMG. Vai tomar café? É no RU da UFMG. Vamos pra uma festa? É tudo muito UFMG. [...] muitas vezes a gente não tem contato com o mundo lá fora e a gente acredita que tá ok, [...] Porque a UFMG, querendo ou não, nos protege. - **Girassol** (GF2)

Essa fala de Girassol, de certa forma, faz uma crítica sutil, porém significativa, à dinâmica de autossuficiência institucional vivida dentro da UFMG. Ao descrever a universidade como uma "bolha", a participante destaca o quanto a vida acadêmica pode se tornar auto referente, ou seja, fechada em si mesma, oferecendo alimentação, moradia, lazer e convivência. Tudo mediado por estruturas e dinâmicas da universidade.

Essa "bolha" tem um aspecto ambíguo para pessoas trans* ou em situação de vulnerabilidade, esse espaço pode representar um refúgio contra a violência do mundo externo, um lugar com

¹¹ Ru é a sigla utilizada pelos alunos, docentes e servidores para se referirem ao restaurante universitário das universidades federais.

alguma previsibilidade e acesso a direitos básicos. Nesse sentido, a universidade cumpre um papel social importante de acolhimento e reparação.

Por outro lado, podemos pensar a fala da Girassol como um alerta de que esse isolamento pode gerar uma falsa sensação de proteção, porque a pessoa se isola de outros contextos, sem contato com o “mundo lá fora”. Se analisarmos com cuidado, essa bolha da universidade, pode criar um descompasso entre a formação acadêmica e a realidade social mais ampla, impedindo que a universidade dialogue de forma crítica e transformadora com as desigualdades e violências que persistem fora de seus muros.

Aquino (2021), ao discutir os limites da “inclusão”, demonstra que é necessária a transformação estrutural da instituição para que ocorra essa “inclusão” com menos barreiras. A fala a seguir demonstra não só a ambivalência, mas propõe uma mudança estrutural para transformar esses espaços:

A UFMG é que nem um vaso de planta [...] quando a gente cresce, as nossas raízes crescem nesse vaso de planta, a gente precisa trocar ou a gente planta na terra para que ela cresça e dê muito fruto ou a gente troca o vasinho para que ela continue crescendo [...] tá na hora da gente pensar em trocar esse vaso para ver se a gente consegue mudar a saúde. Mudar a saúde tá na gente, [...] ta na universidade. - **Flor de maracujá** (GF2)

Ao comparar a UFMG a um "vaso de planta", Flor de Maracujá sugere que a universidade pode ser um ambiente inicial de acolhimento, formação e desenvolvimento, onde indivíduos criam raízes, vínculos, saberes, redes etc. No entanto, como todo recipiente, esse “vaso” é limitado: chega um momento em que ele já não comporta o crescimento de quem está dentro. Por isso, torna-se necessário transplantar, plantar na terra ou trocar o vaso, abrindo espaço para o florescimento, sendo “terra fértil” uma condição para transformar, por exemplo, as práticas em saúde.

A fala apresenta dois caminhos: plantar na terra (criar possibilidades) ou trocar o vaso (transformar a estrutura existente). Ambas as imagens apontam para a urgência de mudança institucional. Essa metáfora pode ser lida como uma crítica à cisnormatividade institucional, ao racismo estrutural e à lógica elitista da academia, que tolera a presença de sujeitos trans*, apenas até onde esses não desafiam os limites do “vaso”.

Flor de Maracujá também convoca outras participantes a resistirem e lutarem para transformar esse cenário, especialmente no campo da saúde. Com a afirmação “mudar a saúde tá na gente

[...] tá na universidade”, ela desloca a responsabilidade da transformação social e do cuidado em saúde: não se trata apenas do SUS, do governo ou das políticas públicas, mas também das instituições de ensino e dos sujeitos que as compõem. Saúde, nesse contexto, não se restringe ao cuidado biomédico, mas envolve a produção de ambientes de pertencimento, o enfrentamento das violências estruturais e o acolhimento de corpos dissidentes e plurais.

Essa metáfora nos ajuda a compreender que instituições como a universidade precisam se transformar continuamente, acompanhando e nutrindo os sujeitos que acolhem. Caso contrário, tornam-se estruturas rígidas, que impedem a frutificação, isto é, a realização plena das potências criativas, políticas e afetivas que emergem daqueles que insistem em crescer, mesmo quando o vaso já não comporta mais.

Apesar das violências e opressões cisnormativas, é importante ressaltar que junto a elas vêm as subversões às lógicas de poder e o fortalecimento do (re)existir, em que a humanidade e aquele corpo se tornam produtores de saber e crítica (Bento, 2017). Essa produção de saber e valorização aparece nas falas a seguir:

A gente que é travesti, a gente tem sonhos e os sonhos da gente, quando a gente tá na no meio acadêmico, é ser [...] doutora por excelência, carregar o nome doutora, antes do travesti mesmo. Uma travesti doutora.” - **Flor de maracujá** (GF2)

Quando a gente é trans*, a gente vai se dedicar [...] para ter um diploma muito bom, para a gente concorrer e ser selecionada, não porque eu sou trans* ou cis, mas porque eu sou qualificada. – **Orquídea** (GF1)

As falas de Flor de Maracujá e Orquídea expressam a tensão vivida por pessoas trans* no espaço acadêmico, em que o desejo de reconhecimento se entrelaça à necessidade constante de afirmação da própria legitimidade. Essas falas revelam não apenas aspirações pessoais, mas sobretudo reivindicações políticas e existenciais: a de ser reconhecida como produtora de saber.

Quando Flor de Maracujá afirma que sonha em ser “doutora por excelência”, “carregar o nome doutora, antes do travesti mesmo”, ela explicita o quanto a trajetória acadêmica se torna um instrumento de reconfiguração simbólica, não para apagar a identidade travesti, mas para posicioná-la num lugar de autoridade e respeito. A expressão “antes do travesti mesmo” não sinaliza uma negação da identidade, mas uma subversão: ocupar um espaço socialmente legitimado (a titulação acadêmica) que historicamente foi negado a sujeitos como ela.

Na fala de Orquídea, o foco qualificação: “não porque eu sou trans* ou cis, mas porque eu sou qualificada.” Essa afirmação carrega, por um lado, o desejo de igualdade e de reconhecimento

baseado em mérito e capacidade, mas, por outro, escancara a desigualdade de ponto de partida. Para pessoas trans*, ser considerada qualificada é, muitas vezes, um patamar que só se alcança mediante esforço dobrado. Trata-se da expressão de gênero da excelência como forma de sobrevivência: não basta ser boa, é preciso ser “muito boa”, a ponto de neutralizar o preconceito.

Ambas as falas demonstram que o investimento em qualificação e titulação, para pessoas trans*, está diretamente relacionado à reparação simbólica e material diante de um sistema que historicamente negou não apenas o acesso, mas o pertencimento a espaços de poder como a universidade. O “doutora” e o “diploma muito bom” não são apenas títulos: são mecanismos de disputa de espaço, de afirmação de (re)existência e de reposicionamento social.

Essas vozes revelam, portanto, que estar na academia sendo uma pessoa trans* é um ato de resistência cotidiana, de afirmação política e de reconfiguração do que se entende por sujeito do conhecimento.

As falas apresentadas demonstram as dificuldades institucionais enfrentadas no campo da educação, que, enquanto determinantes sociais da saúde, afetam diretamente as vivências de pessoas trans* e suas redes de apoio. Em especial no contexto acadêmico, esses relatos não devem ser lidos como experiências individuais e isoladas de uma universidade específica, mas sim como expressões de uma construção coletiva de resistência e de reivindicação por direitos, reconhecimento e espaços de (re)existência em sua pluralidade.

Ao refletir sobre essas experiências de exclusão, tanto na educação quanto na saúde, torna-se fundamental compreender que as pessoas trans* não apenas são marginalizadas, mas também submetidas a processos de assujeitamento que visam enquadrá-las em categorias normativas e controláveis. A disrupção ocorre justamente quando esses corpos, mesmo diante das violências, permanecem, resistem dentro das estruturas que os negam (Andrade, 2020). A análise das necessidades em saúde da população trans* só pode ser efetiva se também considerar os modos como esses sujeitos resistem aos dispositivos de exclusão e propõem outras formas possíveis de cuidado e reconhecimento.

A universidade aparece, segundo os relatos, como um ato de resistência e tensão. As participantes afirmam e exemplificam que a transformação institucional é urgente, que o acesso precisa ser equitativo e as violências institucionais cessadas, que o lugar do saber e reconhecimento também seja um direito reconhecido e legitimado para pessoas trans* que

como qualquer outra são produtoras de conhecimento, estudo, pesquisa e capacidade de avanço científico e social. Outro fator importante que é relatado volta-se a importância dos coletivos sociais e da força na coletividade, relatando como o avanço em pesquisas e acesso pode melhorar através de coletivos fora e dentro da universidade.

Assim, as participantes mostram que escolas e universidades, historicamente reprodutoras de cisheteronormatividade, seguem reforçando padrões de exclusões, violências simbólicas e barreiras institucionais. Apesar disso, fica marcado na fala das participantes o quão se faz essencial ocupar esses espaços e constituir nele um ato de (re)existência. A ocupação desses corpos nas universidades é retratada para além do acesso mas como promotor de mudança social, reconhecimento, pertencimento e dignidade.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender as necessidades em saúde de pessoas transgêneras, transexuais, travestis e não-binárias, a partir das próprias narrativas dessas populações trans* e de seus familiares. A pesquisa evidenciou que as necessidades em saúde vão muito além da lógica de saúde biomédica, abrangem dimensões sociais, econômicas, afetivas e políticas.

A noção de saúde expressa pelas participantes se apresenta como um estado de bem-estar que articula aspectos coletivos e subjetivos, intrinsecamente ligado ao pertencimento e ao reconhecimento nos espaços de saúde, educação e convivência social. Sob a lente da vulnerabilidade social, evidencia-se que tal ideal é sistematicamente tensionado pela cisheteronormatividade estrutural, que, aliada à invisibilização e à estigmatização das identidades trans*, produz camadas interdependentes de exclusão, que dizer, as exclusões não são apenas paralelas, elas se conectam. Por exemplo: exclusão na escola leva à precariedade no trabalho, que dificulta acesso a moradia segura, que aumenta a exposição à violência, que agrava problemas de saúde criando um ciclo de vulnerabilização. Esses mecanismos não apenas restringem o acesso material a direitos, mas também operam no plano simbólico, deslegitimando existências e minando as condições de possibilidade para uma vida digna. As experiências relatadas mostram que a vulnerabilidade vivida por pessoas trans* não é uma condição natural, mas o resultado de processos históricos e estruturais de marginalização, que se manifestam na exclusão social, na precariedade do trabalho e na violência cotidiana.

Os relatos expressaram essas violências manifestadas por meio das violências institucionais, que podem ser explícitas e/ou sutis, mas que criam barreiras físicas e simbólicas no acesso básico e integral à saúde. A imposição de normas de gênero, a deslegitimação das identidades e a prática de atendimentos pautados em valores morais e religiosos foram apontados como mecanismos de punição e controle sobre esses corpos e essas existências. Tal fator também impacta diretamente o acesso e a qualidade da assistência em saúde.

Por outro lado, as falas também revelaram estratégias de luta e resistência cotidianas, que expressam autocuidado, coletividade e a construção de redes de apoio, capazes de reconstruir a maneira como a saúde é e pode ser vivida e reivindicada. A presença em coletivos, a busca por reconhecimento acadêmico, o trabalho de acolhimento e compreensão de pais de pessoas

LGBTQIAPN+ e a insistência em ocupar espaços historicamente excludentes demonstram que a (re)existência trans* é, por si só, um ato político e social.

Dessa forma, evidencia-se a urgência de implementar políticas públicas de maneira efetiva, considerando a integralidade e complexidade das vivências trans*. É imprescindível aprimorar os processos formativos dos profissionais, tanto nas ações promovidas pela própria universidade quanto nos espaços de atendimento em saúde, para que a prática, a escuta e o cuidado sejam verdadeiramente inclusivos e humanizados. Em especial, a formação universitária deve ultrapassar a mera formalização curricular, incorporando experiências, vivências e escutas da população trans*, de modo a contemplar as especificidades e subjetividades dessas existências. É urgente capacitar profissionais e equipes para o cuidado integral, com ênfase na redução das barreiras institucionais e na valorização das experiências e saberes da própria população trans*. O fortalecimento de redes de apoio, a ampliação do acesso a direitos básicos e o enfrentamento da transfobia estrutural constituem elementos centrais para a garantia do direito à saúde.

Sendo assim, discutir as necessidades em saúde da população trans* não se restringe à falta de acesso, mas exige uma análise crítica das estruturas de poder vigentes, que determinam quem tem o direito de ser cuidado e reconhecido em sua integridade. Esse reconhecimento da saúde como direito humano e universal só será possível quando as identidades dissidentes de gênero forem valorizadas em suas formas, fluidez e pluralidades, e quando os serviços de saúde, educação e assistência social se transformarem em espaços de acolhimento, e não de exclusão ou punição social.

Assim, esta pesquisa reafirma que promover saúde para a população trans* é, ao mesmo tempo, promover justiça social. Isso implica reconhecer que a cidadania plena só se concretiza quando a diversidade humana é respeitada e protegida, e quando a vida das pessoas trans* é reconhecida como legítima, plena de direitos e merecedora de cuidado e proteção.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA F., N. O conceito de determinação social da saúde. In: BARATA, Rita Barradas (org.). **Conceitos de saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 93–118.
- AMORIM, J.; TEIXEIRA, E. Atendimento das necessidades em saúde das travestis na atenção primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2379>.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). Associação Nacional de Travestis e Transsexuais. S.l.. Disponível em: <https://antrabrasil.org/sobre/>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP/Hucitec, 1988.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. C. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde pública**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009. p. 375–417.
- BAPTISTA, M. M. **Gênero e performance**. Coimbra: Grácio Editor, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARBOSA, R. S.; SANTOS, M. A.; NOGUEIRA, C. Desafios para a integralidade do cuidado a pessoas trans na atenção primária em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. e180520. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180520>.
- BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.
- BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. São Paulo: Garamond, 2014.
- BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches**. Lanham, MD: Alta Mira Press, 2005.
- BEZERRA, M. V. R., MORENO, C. A., PRADO, N. M. B. L., SANTOS, A. M. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.43, n. 8, p. 305- 323, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S822.
- BRAGA, I. F.; MELO, K. M. M.; MONZELI, G. A.; LOPES JÚNIOR, J. D.; FARIAS, M. N.; CORREIA, R. L. (2020). Crise da democracia brasileira e o cotidiano de pessoas dissidentes de gêneros e sexualidades: reflexões baseadas na terapia ocupacional social. **Cader. Bras. Ter. Ocup.** 28(2), 693-705. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1958>
- BRAGA, R. O. B., ORNAT, M. J. Relações entre saúde e doença nas espacialidades discursivas das mulheres trans e travestis em Ponta Grossa, Paraná. **Terr@ Plural**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 189–207, jan./abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5212/TerraPlural.v13i1.0012>.

BRAIDOTTI, R. “Quatro teses sobre feminismo pós-humano” [“Four theses on posthuman feminism”]. In: BAPTISTA, Maria Margarida (Org.). **Genero e Performance: Textos Essenciais 1**. Coimbra: Grácia Editor, pp. 277-307.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp., Ministério da Saúde, 2013.

BREILH, J. A determinação social da saúde como ferramenta de transformação rumo à vigilância sanitária orientada para a promoção e a equidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 619-628, 2006.

BREILH, J. **A epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRUM, T. S., SENA, G. R. (Re)existir para existir: saúde de pessoas trans e travestis no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 4, e20190657, 2020.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUTLER, J. Entrevista: Fascismo? Populismo? Democracia? In: BAPTISTA, Maria Margarida, CASTRO, Fernando de (Org.). **Gênero e performance: textos essenciais**. Coimbra: Grácio Editor, 2020. v. 3, p. 293–308.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 16. ed., 2018.

BUTLER, J. Violência, luto, política. In: BAPTISTA, Maria Margarida (Org.). **Gênero e performance: textos essenciais 1**. Coimbra: Grácio Editor, 2018b. pp. 271-276.

BUTLER, J. **Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo”**. Tradução de Veronica Daminelli e Daniel Yago França. São Paulo: N-1 Edições, 2019.

CALAS, Maria Júlia Gomes et al. **Integrative review on breast cancer screening in the transgender population: what do we know**. *Mastology*, v. 32, p. e20210051, 2022.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 3–12, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica ampliada**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, C. A.; AZEVEDO, J. H. P. Do AZT à PrEP e à PEP: aids, HIV, movimento

LGBTI e jornalismo. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 2019; 13(2): 246-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i2.1698>.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Porto Alegre; Rio de Janeiro: EdUCS/UFRGS; IMS/UERJ; CEPESC, 2006. p. (indicar páginas se souber).

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 8. ed., 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 113-126.

CECÍLIO, L. O. M. A. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 117–133.

CHAGAS, A. C. M. A.; DOS SANTOS, M. M.; DE JESUS, N. N.. Cuidados de enfermagem à população transgênero na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 41, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e07>.

CHIESA, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC**. Brasília: ABEN, 1999. p. 306-324.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 01, p. 241-282, 2013.

COSTA, A. B., ROSA, L. O., FONTANARI, A. M. V. Viés amostral em estudos brasileiros sobre populações transgênero e não binárias: a medida de dois passos para avaliar a identidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00180420, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00180420>.

COSTA, B., REGINA, L. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v. 7, n. 1, 2018.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade: Estudos** (João Pessoa, PB), v. 10, n. 2, 2000.

DIAS, E. G., MISHIMA, S. M. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. **Revista Sustinere**, v. 11, n. 1, p. 402-411, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RHnMtzbHNDjgmLJ8hBnPQcx>. Acesso em: 2 jul. 2025.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1976.

DUARTE, B. M., DOULA, S. M., DA SILVA, D. M. Do vermelho ao arco-íris: as representações sobre o movimento LGBT nas mídias do MST. **Antropolítica - Revista Contemporânea de Antropologia**, n. 49, 2020.

FACCHINI, R. **“Sopa de letrinhas?” Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo**. Campinas, 2002. 241 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

FACCHINI, R. **Entre outras: travestis, mestiçagens e a invenção de identidades**. Campinas: Editora da Unicamp, 2008.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. Tese (Doutorado) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FREIRE, E. C., ARAÚJO, F. C. A., SOUZA, A. C., et al. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transexuais e transgênero. **Saúde em Debate**, 2013; 37(98): 447-484.

GALHEIGO, S. M. A clínica em terapia ocupacional: produção de sentidos, relações e cuidado. In: LIMA, E. M. F. A. de et al. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. São Paulo: Editora Roca, 2012. p. 193-206.

GOMES, S. M.; SOUSA, L. M. P.; VASCONCELOS, T. M., et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, 2018; 27 (4): 1120-1133.

GONDIN, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 24, p. 149-162, 2002.

GONZÁLEZ, V. A. O direito à saúde integral das pessoas trans na Argentina. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 2, e230349pt, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025230349pt>.

GUIMARÃES, V. A., et al. Sofrimento mental, suporte familiar e empoderamento de pessoas transgênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE02471, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/r56KQ7nVFcZK4XNwv3DJWTz/>. Acesso em: 2 jul. 2025. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02471>.

HILL, D. B.; MOTTET, L. A. **The impact of parental support on risk factors in the process of gender affirmation**. **Journal of LGBT Health Research**, New York, v. 3, n. 3, p. 137–145, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122939/>. Acesso em: 2 jul. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/15574090802092879>.

HINO, P.; CIOSAK, S. I.; FONSECA, R. M. G.; EGRY, E. Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], 2009.

PEREIRA, D. M. R. et al. Scientific evidence on experiences of pregnant transsexual men. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, p. e20210347, 2022. JESUS, J. G. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. **Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**, v. 2, p. 42, 2012.

JESUS, J. G. Transexualidades e saúde pública: demandas e especificidades no acesso ao SUS. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 14, p. 319–351, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/SCwFWthgMDJzH3qRz3Z7qvF/>. Acesso em: 6 jul. 2025.

JESUS, J. G. **Transfobia: Identidades de gênero e a patologização da diferença**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

JESUS, W. S.; LIMA, J. P. M. Principais instrumentos de coleta de dados (grupo focal). **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, 2019; 13(2): 246-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i2.1698>.

JUNIOR, J. L. LOPES, R. E. Travestilidade, transexualidade e demandas para a formação de terapeutas ocupacionais. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 481-496, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1060>.

Kveller, D. B., and H. C. Nardi. “Performance, Performatividade, Perfechatividade: Repensando Nós Conceituais Nos Estudos Queer*.” Scielo.br, 31 Mar. 2022. Disponível em: < www.scielo.br/j/cpa/a/gfBDZHVGNsP4DRTZ9yNnyGb/?format=pdf&lang=pt > . Acesso em: 19 de outubro de 2025. ISSN 1809-4449.

LEMOS, P.; ANDRADE, A.; CARDOSO, B. Subvertendo gênero: o lugar da não-binaridade numa análise discursiva de “blogs”. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 314-326, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v9i3.3132>.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LÉVI-STRAUSS, C. Aula inaugural. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. p. 211-244.

LEWIS, E. S. Teoria(s) Queer e performatividade: mudança social na matriz heteronormativa. **Currículo, sexualidade e ação docente**. Petrópolis: DP et Alii, 2017. p. 157-186.

LEWIS, S.; JOHNSON, C. Mas não é assim tão fácil: negociando expressões (trans)gênero em espaços de lazer. In: BAPTISTA, Maria Manuel; CASTRO, Fernanda de (org.). **Gênero e Performance: textos essenciais**. Vol. III. Coimbra: Grácio Editor, 2020. p. 195-228.

LIMA, J. S.; PEIXOTO, A. B. F.; COSTA, I. M.. Corpos trans: um ensaio sobre normas, singularidades e acontecimento político. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 34, n. 99, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/TrYdDnRWmNNMwKwvPqZrM4r>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LOPES, F; CARRARA, S; MONTEIRO, S. Saúde LGBT: demandas e resistências na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293–1313, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000400003.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LUCENA, M. M., et al. Serviços de atendimento integral à saúde de transexuais e travestis no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 1–13, 2022. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2964](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2964).

MAGALHÃES, L. G.; CHIESA, A. M. **Manual de acolhimento de Transexuais e Travestis (TT) à Atenção Primária à Saúde (APS)**. 2023.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. C. S.; MAGALHÃES, L. A. de. **Práticas coletivas em terapia ocupacional: tecnologias, territórios e saberes**. São Paulo: Hucitec, 2016.

MARTÍNEZ, D. H. R.; et al. La otra migración. História de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. **Salud Mental**, v. 31, n. 4, jul.-ago. 2008.

MARTINS, H. H.; T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004.

MATSUMOTO, N. F. **A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1999.

MATTOS, R. D. Integralidade como eixo da organização das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. D. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 37–64.

MEIER, M. J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto Contexto em Enfermagem** (Florianópolis, SC), v. 12, n. 3, p. 394-399, jul.-set. 2003.

MELO, K. M. M. Terapia ocupacional social, pessoas trans e teoria queer: (re)pensando concepções normativas baseadas no gênero e na sexualidade. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.24, n.1, p.215-223, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARF0645>

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Em saúde, dá para ser diferente: o médico e a micropolítica do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 2019.

MONTEIRO, S. F. N.; BRIGEIRO, M. “Só quero ser atendida como gente”: a busca de pessoas trans pelo direito à saúde no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 32, p. 122–145, 2019.

MONZELI, G. A., *et al.* **Em casa, na pista ou na escola é tanto babado: espaços de sociabilidade de jovens travestis**. 2013. 89 f. Tese de mestrado do programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2013.

MONZELI, G. A.; FERREIRA, V. S.; LOPES, R. E. L. Entre proteção, exposição e admissões condicionadas: travestis e espaços de sociabilidade. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 451-462, 2015.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. London: Sage Publications, 1997.

NASCIMENTO, M. L. A construção do movimento LGBT no Brasil: identidades, políticas e resistências. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 95, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/qJ4GmL9tbJzS3dxrVvx7wtz/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1313, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>. Acesso em: 4 jul. 2025.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5–21, 1994.

OLIVEIRA, M. C.; PONTE, V. M. R.; BARBOSA, J. V. B. Metodologias de pesquisa adotadas nos estudos sobre Balanced Scorecard. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**, 2006.

OLIVEIRA, M. R. G. **Nem ao centro e nem à margem: corpos que escapam às normas de raça e de gênero**. 1ª ed. Salvador: DEVIRIS, 2020. p. 24-26.

OLIVEIRA, M. S.; SANTOS, I. C. G.; NASCIMENTO, E. N. O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores(as) da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 2, e210356, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2022.v31n2/e210356pt>. Acesso em: 2 jul. 2025.

OLIVEIRA, N. A., *et al.* Contextualizando o grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa. In: **XVII Congresso de Iniciação Científica e X Encontro de Pós-Graduação**, Anais. Pelotas, 2008.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Revista Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-79, p. 17-37, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NBrLK5KtVnZNSscDRmTV7dd/?lang=pt>

PAULINO, D. B.; MACHIN, R.; PASTOR-VALERO, M. “Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4.

PELÚCIO, L. A medicina faz o gênero? Produção de corpos generificados na clínica do sexo. In: FACCHINI, Regina, et al. **Gênero Plural**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

PELÚCIO, L. **Corpas em resistência: dissidência de gênero e narrativas de vida**. São Paulo: Ed. UNESP, 2021.

PEREIRA, D. M. R. et al. Evidências científicas sobre experiências de homens transexuais grávidos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, p. e20210347, 2022.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2019, 14(41):1795. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795).

PEREIRA, P. R. **O acesso da população trans aos serviços de saúde: um estudo de caso em unidades básicas de saúde de São Paulo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PERRIN, E. C. C., et al. Family relationships and the health and well-being of transgender and gender-diverse youth: A critical review. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 60, n. 2, p. 154–170, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33170062/>. Acesso em: 2 jul. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.10.015>.

PINTO, T. P., et al. Itinerário terapêutico de pessoas transgênero: assistência despersonalizada e produtora de iniquidades. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2022.

PIO, R. L. J. M. **Pessoas não binárias e suas definições de si no Brasil: análise de conteúdos audiovisuais no Youtube**. Trabalho de Conclusão de Curso. UFBA. 2023

PIRES, D. Acesso de pessoas trans à saúde: entre a invisibilidade e a resistência. In: MONTEIRO, S; CARRARA, S. (orgs.). **Sexo, gênero e saúde: os novos sujeitos e o protagonismo das políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 203–221.

POPE, C.; MAYS, N.. Organizadores. 3ª ed. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRECIADO, P. B. **Um apartamento em Urano: crônicas da transição**. São Paulo: n-1 Edições, 2020.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Yogyakarta, Indonésia, 2006, p. 7.

ROBERTO, A. M. Apontamentos sobre uma História da travestilidade: costume, perversão, arte e identidade. **Em Tempo de Histórias**, v. 1, n. 39, 2021.

ROCON, P. C.; PEREIRA, J. C.; SANTOS, M. H.; et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, ago. 2016.

RODRIGUES, V. C. B.; SILVA, F. M.; LIMA, C. E.; et al. Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 27 jan. 2025.

RODRÍGUEZ-MADERA, S. L.; GONZÁLEZ, M. F.; HERNÁNDEZ, L. A.; et al. Experiences of violence among transgender women in Puerto Rico: an underestimated problem. **Journal of Homosexuality**, 2017; 64(2):209–217.

ROSA, D. F.; ALMEIDA, J. P.; COSTA, B.; et al. Cuidado de enfermagem a la población trans: géneros en la perspectiva de la práctica profesional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 299-306, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>.

RUSSELL, S. T.; MILLER, J.; THOMAS, D.; et al. Family functioning and mental health among transgender and gender nonconforming youth: The Trans Teen and Family Narratives Project. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 66, n. 6, p. 684–690, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7895334/>. Acesso em: 2 jul. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.013>.

SAMPAIO, A. C. L.; SILVA, M. F.; OLIVEIRA, R. H.; et al. Prevenção do câncer de colo uterino em homens transgênero: desafios e novas perspectivas de rastreio. **FEMINA**, p. 245-249, 2023.

SANTANA, A. D. S.; PEREIRA, L. F.; COSTA, J. M.; et al. Vulnerabilidades en términos de salud de las personas transgénero que ofrecen servicios profesionales de sexo: una revisión integradora. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, p. e20200475, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0475>.

SANTOS, J. H. G., et al. GTTrans: estratégia de aproximação dos múltiplos saberes sobre a saúde integral das pessoas trans em uma universidade pública. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 97–103, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1922>.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Centro de Referência à Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais (CR POP TT)**. São Paulo: SMS, [s.d.]. Disponível em: [arquivo pessoal]. Acesso em: 30 jun. 2025.

SCHUTZ, A. **Collected Papers I. Comm on-sense and Scientific Interpretations of Human Action**. 2. ed. Haia: Martinus Nijhoff, 1982.

SELLES, B. R. S.; ALMEIDA, P. F.; AHMAD, A. F.; LEMOS, A.; RIBEIRO, C. R. Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, especial 6, p. 148–161, dez. 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E613.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, L. K. M.; SILVA, A. L. M.; COELHO, A. A., et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**, 2017; 27(3):835-846.

SILVA, A. L.; et al. Apresentação – Estratégias e condições de acesso ao direito à saúde de pessoas trans e travestis no Brasil e na América Latina. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 38, e22300, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22300.a>.

SILVA, B. B.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Apoio social na autoestima e identidade social de pessoas trans brasileiras. **Psico (PUCRS)**, Porto Alegre, v. 49, n. 4, p. 415–426, 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/30029>. Acesso em: 2 jul. 2025. DOI: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.4.30029>.

SILVA, D. S. **Existe uma barreira que faz com que as pessoas trans não cheguem lá: itinerários terapêuticos, necessidades e demandas de saúde de homens trans no município de Salvador-BA**. 2018. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 11 jul. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/26488>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SILVA, D. R.; RIBEIRO, J. F.; LIMA, T. S. Acesso da população trans à saúde: desafios na atenção primária. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, 2020. e34910. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34910>.

SILVA, I. C. B., et al. A violência de gênero perpetrada contra mulheres trans. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210173, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0173>.

SILVA, L. C. X.; ISAYAMA, H. F. Uma análise das políticas públicas de lazer para a população LGBT em Belo Horizonte. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, n. 63, p. 01-24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2020e71549>.

SILVA, T. C. M.; AMAZONAS, M. C. L. A.; VIEIRA, L. L. F. Família, trabalho, identidades de gênero. **Psicologia em Estudo**, v. 15, p. 151-159, 2010.

SIMONS, L. et al. Parental support and mental health among transgender adolescents. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 53, n. 6, p. 791–793, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24012065/>. Acesso em: 2 jul. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>.

SIMONS, L., et al. Understanding family support for transgender youth: Impact of support on psychosocial functioning. **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], publicado online em 2024.

Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(24\)00179-4/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(24)00179-4/fulltext). Acesso em: 2 jul. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.04.015>.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: Cadernos de textos**; p. 284-299, 2004.

TvT RESEARCH PROJECT. Trans Murder Monitoring. Transrespect versus Transphobia Worldwide (TvT) project website; 2016. Disponível em: <www.transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

VIEIRA, V. F.; GOLDBERG, A.; BERMÚDEZ, X. P. C. D. Transexualidade e assistência à saúde no Brasil: uma discussão teórico-conceitual sobre a influência do binarismo de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e08942023, 2025.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WILCOCK, A. *An occupational perspective of health*. **Thorofare**, NJ: SLACK Incorporated, 1998.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. **Social Determinants of Health: The Solid Facts**. 2. ed. Copenhagen: WHO, 2003.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. **World Professional Association for Transgender Health - The Standards of Care**, 2011. Disponível em: <http://www.phsa.ca/transgender/PublishingImages/about/special-projects/transgender/Glossary%20of%20Terms%20-%20sources.pdf>. Acesso em: maio 2024.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016

Prezada (o/e) você está sendo convidada para participar da pesquisa “Necessidades em saúde de pessoas transgêneras, transexuais, travestis e não-binárias” cujo objetivo é compreender quais são as necessidades em saúde das pessoas Transgêneras, Transexuais, Travestis e Não-binárias nos serviços de saúde. Para realizar essa pesquisa, nós precisamos que você dê o seu consentimento, permitindo a sua participação nesse estudo. Nele, iremos realizar encontros grupais de cerca de 1h30min a 2h30min. Nesse dia, realizaremos uma técnica chamada Grupo Focal (GF), que é um grupo de pessoas reunidas com intuito de conversar e discutir sobre um determinado tema. O objetivo do grupo é entender as necessidades, demandas e cuidados em saúde, como ela é compreendida, investigar como se dá o acesso aos serviços de saúde e analisar como está o atendimento no sistema de saúde.

Para participar do estudo, a pessoa deverá comparecer ao dia, horário e local estipulado para a realização do grupo. No dia, será realizado um dos encontros grupais de maneira presencial. A gravação do grupo destina-se para transcrição do conteúdo e análise dos dados. As gravações, assim como os dados, serão de uso exclusivamente para a pesquisa. Todos os materiais produzidos e utilizados nessa pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, conforme determinação da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e após esse tempo serão destruído O uso das gravações e dados coletados na pesquisa serão confidenciais aos pesquisadores e participantes, não podendo assim, ser divulgados sem consulta prévia e livre esclarecida. Ao final da coleta de dados, você receberá uma devolutiva com os resultados da pesquisa, assim como orientações e/ou encaminhamentos para profissionais da saúde, se for identificado necessidade.

A participação nesta pesquisa pode trazer alguns riscos, como possibilidade de haver vazamento de dados, do qual as informações serão protegidas e arquivadas pela pesquisadora, a possibilidade de constrangimentos pelo uso da gravação, (que não será divulgada e nem compartilhada, usado apenas para análise na pesquisa), ou de necessidade de acolhimento emocional, caso ocorra esta possibilidade, a/o/e participante poderá ser acolhido pelo profissional da pesquisa, que sendo terapeuta ocupacional pode realizar acolhimentos ligados a saúde mental, ou se preferir poderá sair do encontro grupal e da pesquisa, se dispondo ou não a retornar em outro momento, de acordo com o desejo dos participantes. Você pode recusar e/ou interromper a participação em qualquer momento da pesquisa. Esta pesquisa trará benefícios para a comunidade, pretende-se auxiliar na visibilidade do tema enquanto recurso comunitário, potencializando para articulações produtoras de contratualidade entre os usuários e prestadores de saúde, as quais possam favorecer o acesso e o atendimento mais qualificado e humano para a população Transexual, Transgênero, Travesti e Não-binário.

Você receberá uma via deste documento e poderá obter qualquer informação deste estudo, com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Estaremos à disposição para responder perguntas ou prestar esclarecimentos sobre o andamento do trabalho. Caso você deseje participar do estudo, por favor, assine no espaço indicado abaixo.

Rubrica do Pesquisador responsável:



Rubrica do participante: _____

Consentimento:

obs. Com o nome que se sente mais à vontade, nome social.

Eu, _____ portadora(o/e) do documento
_____, autorizo a participação declaro que fui devidamente esclarecida (o/e) em relação
ao projeto de pesquisa “necessidades em saúde de pessoas transgêneras, transexuais, travestis e não-binárias” e
estou ciente que a participação na pesquisa é voluntária, não havendo ônus e/ou remuneração por essa, podendo
me retirar do estudo quando desejar, não havendo ônus ou represália.

Agradecemos a sua colaboração, atenciosamente,

Belo Horizonte, de de 2025.

Assinatura da (o/e) participante



Assinatura Carimbo do Pesquisador Principal

Fone (31) 99137-4448 // E-mail: cdrumonddebrito@gmail.com

Pesquisadores responsáveis:

Pesquisadoras responsáveis: Dra. Cristiane Miryam Drumond de Brito, telefone: (31) 9137-4448 e e-mail:
cdrumonddebrito@gmail.com

Dra. Rosangela Gomes da Mota de Souza, telefone: (31) 98445-0591 e e-mail: rosangeladto@gmail.com.

Pesquisadora para contato: Luana Bispo da Silva, telefone (31) 99300-9641, e-mail: luanabispo.lbs@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: Telefax: (31)3409-4592. Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Unidade
Administrativa II, 2º andar – sala 2005, CEP: 31270-901, BH-MG. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

APÊNDICE B – Perguntas norteadoras

Apresentação: fale um pouco de você?

1. O que é saúde e necessidade em saúde para você?
2. O que você acha que precisa para ter saúde?
3. Como você cuida da sua saúde?
4. Existe algo que demanda maior cuidado?
5. Quais serviços de atendimento de saúde e com que frequência você costuma procurar?
6. Como você acessa os serviços de saúde?
7. O que leva você a procurá-los?
8. Suas demandas de saúde são atendidas?
9. Lembra a última vez que procurou um serviço de saúde? Pode nos contar como foi?
10. Você acha que os profissionais de saúde estão preparados para te atender?
11. Quais as suas sugestões para que o atendimento seja realizado de maneira adequada?
12. Gostaria de acrescentar algo?