

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE DIREITO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**

Caio Benevides Pedra

**DIFICULDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE  
SAÚDE NO BRASIL: a realidade de travestis e pessoas trans**

Belo Horizonte

2021

Caio Benevides Pedra

**DIFICULDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: a realidade de travestis  
e pessoas trans**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Administrativo.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Tereza Fonseca Dias

Belo Horizonte

2021

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Meire Luciane Lorena Queiroz - CRB-6/2233.

P371d Pedra, Caio Benevides  
Dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil  
[manuscrito]: a realidade de travestis e pessoas trans / Caio Benevides Pedra.  
- 2021.  
43 f.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Direito.

Bibliografia: f. 39-43.

1. Direito à saúde - Brasil. 2. Transexualidade. 3. Travestis. 4. Políticas  
públicas - Brasil. I. Dias, Maria Tereza Fonseca. II. Universidade Federal de  
Minas Gerais - Faculdade de Direito. III. Título.

CDU: 34:614(81)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE DIREITO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO ADMINISTRATIVO

**ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO ALUNO CAIO BENEVIDES PEDRA**

Realizou-se, no dia 08 de outubro de 2021, às 09:00 horas, na modalidade virtual, em função do ensino remoto emergencial, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de monografia intitulada DIFICULDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: a realidade travestis e pessoas trans, apresentada por CAIO BENEVIDES PEDRA, número de registro 2020662285, graduado no curso de DIREITO, como requisito parcial para a obtenção do certificado de Especialista em DIREITO ADMINISTRATIVO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Tereza Fonseca Dias (UFMG), Prof. Eurico Bitencourt Neto (UFMG) e Prof<sup>a</sup>. Berenice de Freitas Diniz.

A Comissão considerou a monografia:

- Aprovada  
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 08 de outubro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Berenice de Freitas Diniz, Usuário Externo**, em 11/10/2021, às 16:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Tereza Fonseca Dias, Professora do Magistério Superior**, em 13/10/2021, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eurico Bitencourt Neto, Professor do Magistério Superior**, em 07/11/2021, às 19:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1015684** e o código CRC **6C856640**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE DIREITO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO ADMINISTRATIVO

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### DIFICULDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: a realidade de travestis e pessoas trans

CAIO BENEVIDES PEDRA

Monografia submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO ADMINISTRATIVO, como requisito para obtenção do certificado de Especialista em DIREITO ADMINISTRATIVO, área de concentração DIREITO ADMINISTRATIVO.

Aprovada em 08 de outubro de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Prof.<sup>a</sup> Maria Tereza Fonseca Dias - Orientadora  
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Eurico Bitencourt Neto  
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.<sup>a</sup> Berenice de Freitas Diniz

Belo Horizonte, 08 de outubro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Berenice de Freitas Diniz, Usuário Externo**, em 11/10/2021, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Tereza Fonseca Dias, Professora do Magistério Superior**, em 13/10/2021, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eurico Bitencourt Neto, Professor do Magistério Superior**, em 07/11/2021, às 19:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1015685** e o código CRC **4867B01E**.

---

Referência: Processo nº 23072.252913/2021-02

SEI nº 1015685

## RESUMO

A saúde é um direito constitucionalmente assegurado a todos os cidadãos, mas o acesso a ela varia muito nas experiências de grupos sociais específicos, como é o caso de travestis e transexuais no Brasil. Ainda que o Sistema Único de Saúde tenha sido construído sob as premissas da universalidade, equidade e integralidade, o que se verifica a partir da análise das vivências de travestis e transexuais aqui organizadas é a imposição de obstáculos constantes a atividades cotidianas e ao acesso a direitos e serviços muito básicos. O objetivo do estudo é demonstrar que a transfobia e a travestifobia funcionam como barreiras insuperáveis, que impedem que essas pessoas usufruam até mesmo de direitos expressamente previstos nas normas existentes, como o nome social e o atendimento humanizado, enquanto o Estado se omite em buscar a eficiência de suas políticas e o cumprimento dos direitos que assegura. A revisão bibliográfica realizada recorreu à literatura sobre o tema, normativas do campo da saúde, documentos oficiais e dados produzidos por pesquisas organizadas pela sociedade civil a fim de verificar se esses obstáculos impostos a travestis e transexuais são decorrência da ausência de normas que garantam esses direitos ou se da discriminação imperante que impede que essas normas sejam cumpridas. Por meio da vertente jurídico-sociológica, esse trabalho analisa o que se tem produzido acerca do histórico da relação entre travestis, transexuais e a saúde pública no Brasil. Em seguida, reúne e organiza dados produzidos por pesquisas já publicadas que investigaram as dificuldades que essas pessoas identificam no acesso a serviços públicos de saúde em regiões específicas do país. Por fim, o resultado percebido é que medidas viáveis e historicamente apontadas pelo movimento social como alternativas ao enfrentamento dessas exclusões já foram adotadas pelas normativas de saúde e não solucionaram os problemas que seguem atuais em razão da discriminação que ainda impera na realidade dos serviços públicos.

**Palavras-chave:** Saúde; Transexual; Travesti; LGBTQIA+; Política pública.

## ABSTRACT

Health is a right constitutionally guaranteed to all citizens, but access to it varies a lot in the experiences of specific social groups, such as for transgender people and transsexuals in Brazil. Although the Unified Health System was built under the assumptions of universality, equity and integrality, what can be seen from the analysis of the experiences of transgender people and transsexuals organized here is the imposition of constants to daily activities and access to rights and services very basic. The study aims to demonstrate that transphobia and prejudice against transgender people function as insurmountable barriers that prevent these people from even enjoying rights expressly produced in existing norms, such as the social name and humanized care, while the State fails to seek the efficiency of their policies and the fulfillment of the rights they assure. The bibliographical review out used the literature on the subject, regulations in the health area, official documents and data obtained by surveys organized by civil society in order to verify whether these legal taxes on transvestites and transsexuals are a result of the lack of norms that guarantee these rights or from the prevailing discrimination that prevents these norms from being complied with. Through the legal-sociological approach, this work analyzes what has been done about the history of the relationship between transgender people, transsexuals and public health in Brazil. It then gathers and organizes data obtained from published research that investigated the difficulties these people identify in accessing public health services in specific regions of the country. Finally, the perceived result is that viable measures historically identified by the social movement as alternatives to confronting these exclusions have already been adopted by health regulations and have not solved the common problems due to the discrimination that still prevails in the reality of public services.

**Key words:** Health; Transsexual; Transgender People; LGBTQIA+; Public policy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 O DIREITO À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS .....</b>	<b>12</b>
2.1 – Aspectos históricos .....	13
2.2 – A construção dos corpos trans fora dos serviços públicos de saúde .....	15
2.3 O SUS e a efetivação das políticas públicas de saúde .....	18
<b>3 ESTUDOS SOBRE O ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE POR PESSOAS TRANS E TRAVESTIS .....</b>	<b>23</b>
3.1 – Os números das desigualdades verificadas.....	23
3.2 – Dificuldades enfrentadas pelas pesquisas que se dedicaram à temática.....	30
<b>4. A DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE POR PESSOAS TRANS E TRAVESTIS .....</b>	<b>31</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito social garantido a todos os cidadãos brasileiros na Constituição da República de 1988. Assim como todos os direitos, no entanto, a saúde é acessada e experimentada de formas diferentes por cada grupo social. Ainda que o Sistema Único de Saúde determine que o serviço público de saúde deve ser prestado sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade, essa realidade não se verifica nas experiências de pessoas trans e travestis de acordo com estudos, organizados pela sociedade civil, que investigaram as dificuldades impostas especificamente a esses grupos no acesso aos serviços públicos de saúde em algumas regiões brasileiras.

A população LGBT+ não é um grupo homogêneo. Ainda que, muitas vezes, sejam apresentados e tratados como uma coisa só, cada grupo desta sigla enfrenta a realidade de forma muito específica. E, neste contexto, é importante observar que, hoje, pessoas trans e travestis são os grupos que enfrentam os piores índices de exclusão no Brasil, tais como alta evasão escolar (e, assim, baixa escolaridade), baixa inserção no mercado de trabalho formal (e alta dependência do trabalho sexual), baixa expectativa de vida, baixa representação política e etc.

Especificamente em relação à saúde, de acordo com Simpson (2015), Prado *et al.* (2017), Almeida (2018) e Pedra (2020a), esses grupos são marcados por um histórico afastamento dos serviços de saúde, baixa presença nos equipamentos de saúde e pouco acesso à atenção básica.

E essa realidade não é decorrência de falta de previsão legal, porque existem normativas que asseguram direitos a essa população, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) e, especificamente em relação às pessoas trans e travestis, o Processo Transexualizador, instituído no SUS em 2008 após decisão judicial que obrigou o Estado a oferecer os serviços de saúde vinculados à transição de gênero. O que falta, na verdade, é a efetivação desses direitos aqui previstos e a garantia de acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

O Estado é omissor na produção de dados sobre essa população e essas realidades, mas estudos regionais organizados pela sociedade civil, tais como Nuh (2016), Prado *et al.* (2017) e Rocon *et al.* (2016; 2018), que serão apresentados na seção 3 deste trabalho, demonstram como o preconceito afasta essas pessoas dos serviços de

saúde e, conseqüentemente, expõe o grupo a maiores riscos e a um processo de adoecimento constante.

O Movimento LGBTQ+ (como um todo, mas com destaque para o Movimento Trans) reivindica, já há algum tempo, a efetivação de políticas que garantam o atendimento humanizado nos serviços de saúde e, embora isso já esteja expressamente previsto em normativas relacionadas, ainda não se verifica na prática.

Sendo o Direito Administrativo a esfera do Direito Público interno que regulamenta o exercício da função administrativa exercida pelos agentes públicos e pela Administração Pública, é de sua competência responder sobre a ausência de políticas públicas que enfrentem as exclusões sociais ou, nos casos em que elas existem, pela sua ineficiência.

O objetivo do estudo é demonstrar como, independentemente da existência de normas que assegurem direitos a pessoas trans e travestis, a transfobia e a travestifobia (vertentes específicas da LGBTQfobia) são discriminações capazes de limitar e determinar o acesso de pessoas trans e travestis aos serviços públicos de saúde no Brasil. Isso foi feito a partir de observação externa, de um pesquisador que não integra o referido grupo e, portanto, não traz impressões ou vivências pessoais, apenas organiza e analisa dados obtidos em pesquisas já publicadas.

Para atingir esse objetivo, este trabalho buscou pesquisas qualitativas e quantitativas publicadas na internet, com destaque para o Portal Scielo e a Plataforma Arca, e, por meio de revisão bibliográfica, reuniu e organizou os dados produzidos a partir de entrevistas com pessoas trans e travestis usuárias dos serviços públicos de saúde em regiões específicas do país e contrastou essas informações obtidas com o que se vem produzindo na literatura acadêmica sobre a população LGBTQ+ e as estratégias de inclusão social nos serviços de saúde. Essas pesquisas mencionadas, como será verificado na apresentação de cada uma, têm abrangências territoriais específicas em decorrência da pequena quantidade de estudos que se dediquem a produzir dados sobre essas realidades. Além disso, os dados aqui debatidos são majoritariamente referentes às experiências de travestis e mulheres trans, sendo os homens trans pouquíssimo representados nas amostras das pesquisas trazidas. Foram consultados, ainda, documentos e normas públicas sobre os temas discutidos, além de trabalhos acadêmicos.

No texto, foi utilizada a sigla “LGBT+” como representativa da população composta por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, porque os documentos oficiais mais atuais (como a “Política Nacional de Saúde Integral de LGBT”, por exemplo) reconhecem a sigla “LGBT”, mas já existe uma formação mais completa, que agrega novos grupos que demandam visibilidade (FACCHINI, 2005; AGUIÃO, 2016). O sinal “+” foi adotado, então, como indicativo de que todos os raciocínios que envolverem a sigla dizem respeito a todos os demais grupos que a sigla oficialmente reconhecida ainda não inclui. Em algumas citações, no entanto, a sigla aparece diferente porque já teve outras formações ao longo da história. O mesmo acontece com termos que já caíram em desuso em decorrência do avanço dos estudos nessa temática. Nas citações diretas em que esse recorte temporal faz diferença, essa ressalva foi feita. Nas indiretas, os termos foram atualizados.

Por enfrentarem situações muito específicas dentro da população LGBT+ (quando comparados a lésbicas, gays e bissexuais), de maior exclusão e menor espaço para reivindicação, o grupo a que se dedica este trabalho é o composto por travestis e transexuais, de modo que foram feitos todos os recortes possíveis para que se garanta a visibilidade necessária. Em alguns pontos, no entanto, a referência é à população LGBT+ como um todo em função da natureza do dado, do evento histórico ou do raciocínio proposto.

Por último, não há, hoje, diferença conceitual entre mulheres trans e travestis (MOIRA, 2017). Historicamente, elas foram diferenciadas pelo discurso médico em razão da relação que mantinham com o órgão genital, discurso já há muito superado. Hoje, a denominação como travesti ou mulher transexual é uma escolha política por razões culturais e de identificação específicas do Brasil (já que, em quase todo o mundo, essa diferenciação não existe). Por isso, em respeito a essas questões que fazem com que esses dois grupos ainda existam separadamente no Brasil, a opção neste trabalho foi pela utilização dos dois termos em todo o texto.

Quanto à estrutura, a seção 2 apresenta um breve histórico da relação entre pessoas trans e travestis e o sistema de saúde pública brasileiro, em que se pode verificar como o Estado foi sempre omissivo com essa parcela da população. Na seção 3, são apresentados e comentados os dados obtidos em pesquisas já publicadas que investigaram de forma qualitativa e quantitativa as relações dessas pessoas com os serviços públicos de saúde no Brasil e demonstram a realidade da (não) aplicação das

normas que garantem direitos básicos a essas pessoas. A seção 4 reúne doutrina e normativas sobre a composição e o histórico do Sistema Único de Saúde e sua relação com o grupo social analisado, principalmente no que se refere aos problemas apontados pelas pesquisas trazidas na seção anterior. Por fim, nas considerações finais, são indicadas as medidas que vêm sendo apontadas pelo movimento trans e pelos estudiosos dessa temática como soluções viáveis para enfrentamento das realidades demonstradas.

## **2 O DIREITO À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS**

A saúde é reconhecida como um direito humano fundamental em documentos internacionais e na Constituição brasileira (DALLARI, 2014) e, nesta, tem importantes aparições expressas em que é apresentada, por exemplo, como direito social no art. 6<sup>o</sup><sup>1</sup>, como direito dos trabalhadores urbanos e rurais no art. 7<sup>o</sup><sup>2</sup> (inciso IV) e como competência comum das 3 esferas (art. 23<sup>3</sup>). Mas sua menção mais importante para o que aqui se pretende tratar vem no art. 196, segundo o qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa saúde que o Estado brasileiro se compromete a garantir não se limita, contudo, à assistência médica ou à ausência de doença ou enfermidade, mas a um “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social” (DALLARI, 2014, p. 73) que é o mesmo conceito modernamente utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste sentido, Dallari (2014) acrescenta que:

Para que se diga que uma pessoa tem saúde é preciso que ela goze de completo bem-estar físico, mental e social. Isso quer dizer que, além de estar

---

<sup>1</sup> “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988)

<sup>2</sup> “Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

[...]

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim [...]”. (BRASIL, 1988).

<sup>3</sup> “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência [...]”. (BRASIL, 1988).

fisicamente bem, sem apresentar sinal de doença, a pessoa deve estar com a cabeça tranquila, podendo pensar normalmente e relacionar-se com outras pessoas sem qualquer problema. É preciso também que a pessoa não seja tratada pela sociedade como um estorvo ou fardo repugnante e que possa conviver com as demais em condições de igualdade e de respeito.

Tudo isso faz parte da saúde. Assim, portanto, o direito à saúde, que deve ser assegurado a todas as pessoas de maneira igual, significa o direito de estar livre de condições que impeçam o completo bem-estar físico, mental e social. (DALLARI, 2014, p. 74).

Tendo em mente esse conceito de saúde, o que se torna necessário para cumprir a garantia constitucional é proporcionar, a todos os cidadãos, condições de usufruírem de todas as condições compreendidas dentro dessa lógica. E isso exige especial atenção para as minorias que, de alguma forma, têm negados esses direitos. Para Almeida (2018), no que se refere ao acesso à saúde por pessoas trans e travestis, é fundamental que essas pessoas não sejam reconhecidas como doentes (a OMS retirou em 2018 a transexualidade e a travestilidade da Classificação Internacional de Doenças) e, mais que isso, não sejam compreendidas como um grupo homogêneo ou que compartilhe de uma experiência padrão ou uniforme, mas como um conjunto plural de experiências muitas vezes constituídas por atuações autônomas e afastadas dos saberes e olhares técnicos em saúde.

### **2.1 – Aspectos históricos**

Apesar do histórico afastamento verificado entre esse grupo e os serviços de saúde (SIMPSON, 2015; PRADO *et al.*, 2017; ALMEIDA, 2018; PEDRA, 2020a), a saúde foi historicamente a porta de entrada para o Movimento LGBTQ+ na agenda governamental quando, na década de 1980, a epidemia do vírus HIV fez crescer o preconceito contra pessoas LGBTQ+, que eram constantemente acusadas de transmitirem a doença, à época noticiada como “peste gay” e “câncer gay”. Na tentativa de conter o avanço do vírus, mas também abraçando a ideia de que essas pessoas constituíam o grupo de risco – visão ainda hoje muito comum, mas já científica e estatisticamente descartada – o Ministério da Saúde convidou grupos e organizações LGBTQ+ para discutirem campanhas e ações voltadas para a prevenção do HIV. A associação entre o HIV e essas pessoas é ainda tão forte no imaginário social que a saúde é o campo que reúne o maior número de políticas públicas e ações governamentais voltadas para a população LGBTQ+. Entretanto, até hoje, a maioria delas se concentra no campo de

prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, como se a relação dessas pessoas com a saúde fosse reduzida à prática sexual (PEDRA, 2020a).

Retornando um pouco mais na história, dessa vez analisando os séculos XIX e XX, é possível perceber que a assistência médica oferecida a pessoas trans e travestis foi muitas vezes marcada pela supressão de direitos e próxima a práticas de tortura e humilhação. Isso porque eram comuns (e, ainda hoje, há quem defenda que ainda o sejam) tratamentos que prometiam fazer a pessoa retornar à “suposta normalidade” e “aceitar” o gênero a ela imposto pelo nascimento. Ainda quando se respeitava a legitimidade do pertencimento ao gênero autodeclarado, eram exigidos protocolos de diagnóstico e conduta muito rígidos, que ignoravam vivências particulares e a autonomia do sujeito, estabelecendo e impondo (novos) padrões (ALMEIDA, 2018).

Por experiências particulares, é necessário entender que pessoas trans e travestis constroem corpos que não somente quebram o binômio feminino e masculino como criam realidades que não são necessariamente padronizáveis (o que, por si, já é um problema para o discurso médico). Neste sentido, Prado *et al.* (2017, p. 79) criticam as políticas de saúde criadas para a população trans justamente por se constituírem a partir de uma matriz heteronormativa que situa travestis e transexuais à margem da norma, como “sujeitos desviantes, patológicos e anormais”.

Em razão do desconhecimento e dos preconceitos ainda imperantes na atuação dos profissionais (ALMEIDA, 2018; LAURENTINO, 2015; PRADO *et al.*, 2017), essas pessoas são privadas do acesso aos serviços de saúde e desenvolvem medo, desconfiança. Como concluem Prado *et al.*:

[...] mesmo que indiretamente, um desestímulo causado pela discriminação vinda dos profissionais da saúde e/ou desarticulação dos programas de saúde às suas especificidades. Nos grupos focais, foi recorrente o relato de experiências de humilhação pública ou de situações vexatórias proporcionadas por profissionais de saúde no atendimento aos usuários e às usuárias dos serviços públicos. O desrespeito ao uso do nome social e a negligência, sobretudo, de profissionais da medicina e da psicologia no atendimento a essa população, foram relatados por todas as pessoas que passaram pelo grupo de apoio ao longo do período em que a pesquisa foi realizada. Dito de outro modo, todas as pessoas participantes dos grupos focais, ao longo de dois anos de trabalho de campo, relataram algum tipo de experiência pessoal de violação de direitos, perpetrada por agentes de saúde, médicos e/ou psicólogos. (PRADO *et al.*, 2017, p. 74-75).

O resultado de todos esses obstáculos é o afastamento entre essas pessoas e os serviços de saúde que culmina em outros problemas, como a utilização de silicone industrial e a autoaplicação de hormônios como artifícios mais acessíveis

financeiramente para a construção de suas imagens. Práticas que geram danos e expõem essas pessoas a riscos e, muitas vezes, à morte, já que, uma vez vitimadas por alguma reação, só procuram os serviços de saúde em casos extremos, quando muitas vezes já é tarde demais. (SIMPSON, 2015).

Uma prova de que essa relação entre a população LGBTQ+ e o sistema de saúde é uma ausência sentida por essa população é o papel central que essa questão ocupa em todos os documentos produzidos tanto pelo Movimento Trans (que engloba travestis e transexuais femininas e masculinos) e pelo Movimento LGBTQ+, quanto pelo Poder Executivo Federal em resposta às demandas desses movimentos. A I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em 2008, aprovou 559 propostas, entre as quais 167 diziam respeito à área da saúde (DUARTE, 2014; MELLO *et al.*, 2011). Na 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ocorrida em 2016, a saúde foi mencionada em todos os 4 eixos em que se dividiram as 192 propostas aprovadas. No Eixo I do Relatório da Conferência, que tratou de serviços públicos, foram aprovadas 17 propostas no campo saúde, entre as quais 8 tratavam de demandas específicas da população de trans e travestis, destaque esse que não se repetiu em nenhum outro eixo (PEDRA, 2020a).

## ***2.2 – A construção dos corpos trans fora dos serviços públicos de saúde***

A construção de seus corpos tem, geralmente, tamanha importância na vida de pessoas trans e travestis que se constituem como elementos centrais em seus processos de saúde e de adoecimento. A impossibilidade de alcançar esses objetivos na saúde pública e as limitações socioeconômicas que cerceiam avanços na saúde privada levam essas pessoas a recorrerem a métodos alternativos sem o acompanhamento de profissionais adequados, o que muitas vezes acarreta mutilações e complicações de toda natureza (ROCON *et al.*, 2018). Em sua definição de exclusões, Gomá (2004) caracteriza a exclusão socio sanitária (relativa às condições de saúde de um grupo social) por meio de fatores facilmente perceptíveis no caso desse grupo, como as deficiências, as dependências, os vícios e as enfermidades geradoras de exclusão.

As questões relativas à transição de gênero (sejam elas cirúrgicas, hormonais ou por tratamentos específicos) são inúmeras e muito importantes, mas não

serão objeto deste trabalho<sup>4</sup>. Para além dessa lógica, são tratadas aqui as necessidades mais gerais, que são os serviços que compõem o que, do ponto de vista das políticas nacionais, denominamos “atenção integral em saúde”, oferecidos a partir do respeito à autonomia dos sujeitos (ROCON *et al.*, 2018). A relação histórica que o Estado fez entre essas pessoas e a epidemia do HIV fez com que a atenção destinada a esta população fosse sempre relacionada à AIDS e, até hoje, o que se percebe é que as políticas dedicam-se especialmente ao HIV, às infecções sexualmente transmissíveis (IST), ao uso de drogas e à criminalidade, postura que só reforça a ideia de “grupo de risco” e ignora que um serviço de saúde que contemple pessoas trans e travestis precisa compreender integralmente as suas necessidades e facilitar o acesso diante de uma relação tão desgastada (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; TONELI; AMARAL, 2017).

A existência de uma patologia não é requisito para acessar o sistema de saúde (ROCON *et al.*, 2016), assim, a estratégia que, hoje, melhor possibilita o acesso à atenção básica no Brasil é o programa Saúde da Família. Nessa lógica, o principal desafio é fazer com que essas pessoas se sintam bem recebidas nos equipamentos de saúde e consigam receber seus atendimentos. Tais ações evitariam a descontinuidade e o abandono de tratamentos, fatos ainda muito comuns nesse grupo mesmo em tratamentos de doenças crônicas ou graves que demandam cuidados contínuos (ROMANO, 2008).

Um marco importante na luta histórica do Movimento Trans brasileiro, que ocorreu após intensa movimentação social e demandas judiciais, aconteceu em 2008, quando o Ministério da Saúde criou o Processo Transsexualizador, que incluiu na tabela de procedimentos do SUS os procedimentos transgenitalizadores autorizados no Brasil. Esta portaria já incluía autorização para os procedimentos MTF (*male to female*, “masculino para feminino” em português), que eram hormonioterapia, cirurgias para retirada do pomo de Adão, alongamento das cordas vocais e cirurgias de neocolpovulvoplastia (alteração da genitália masculina para feminina). Em 2013, o Processo ganhou uma ampliação e foram autorizados os procedimentos chamados FTM (*female to male*, “feminino para masculino” em português), que são, além da hormonioterapia, a mastectomia (retirada das mamas), a histerectomia (remoção do útero) e a neofaloplastia (alteração da genitália feminina para masculina) (ROCON *et al.*, 2018).

---

<sup>4</sup> Para conhecer mais sobre esses procedimentos, *cf.* Pedra (2020a).

Apesar de ser considerada uma grande vitória para esses grupos, tal conquista ainda precisa superar alguns desafios, tais como o caráter patologizante das identidades, o baixo número de hospitais aptos a realizar os procedimentos em todo o território nacional, a exigência de laudo psiquiátrico e a construção de um padrão de comportamento (totalmente baseado na lógica binária) exigido para o reconhecimento/diagnóstico de uma pessoa como transexual (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; ROCON *et al.*, 2018).

Ainda que a exigência de um diagnóstico tenha como fundamento oferecer mais informações e possibilitar maior reflexão dos usuários do Processo antes da opção pelos procedimentos, evitando possíveis escolhas equivocadas ou desinformadas, o que se criou foi um processo de desestímulo e seletividade no acesso aos serviços (ROCON *et al.*, 2018). E o resultado, infelizmente, é um processo transexualizador desacreditado pelas pessoas, incapaz de fazer frente às construções autônomas de corpos (com silicone industrial e autoaplicação de hormônios) e insuficiente no que se esperava que fosse uma porta de entrada para pessoas trans na atenção básica à saúde. Para Prado *et al.* (2017):

A procura por esses serviços clandestinos e/ou privados de saúde para realização de modificações corporais pode se relacionar à ausência de programas do SUS que atendam de forma plena todas as intervenções necessárias e desejadas pelas usuárias. Pela lógica normatizadora do Processo Transexualizador no âmbito do SUS, aquelas que não se encaixam ao “perfil” do programa ficam excluídas do serviço, além de este ser um processo extremamente moroso para aquelas que o acessam, levando-as, muitas vezes, a desistirem dele e a buscarem formas alternativas e mais rápidas de alcançar seus objetivos, que se expressam nas técnicas relatadas anteriormente.

Questionadas se já haviam iniciado o processo, 80,2% (101) declararam não ter interesse em iniciá-lo. Entre as demais 18,3% (23) pretendem iniciá-lo e 1,6% (2) responderam que não sabem se o pretendem.

Vale ressaltar que a maioria das entrevistadas demonstrou desconhecimento sobre o que é o processo transexualizador e como é o seu funcionamento por meio do Sistema Único de Saúde. Contudo, nos dados produzidos em grupo focal, com participantes predominantemente jovens (menores de 22 anos), o processo transexualizador ofertado pelo sistema público de saúde era de conhecimento geral. Mas o acesso aos serviços, sobretudo, no que se refere à “porta de entrada”, à atenção básica e à média complexidade era completamente desconhecido por eles/as. Esses dados nos fazem questionar em que medida as políticas formuladas para travestis e transexuais têm alcançado este público e o quanto o processo transexualizador seria uma demanda que reflete as reais necessidades desta população. (PRADO *et al.*, 2017, p. 71-72).

Se a saúde é um direito social cujo acesso deve ser universal, com igualdade e equidade no tratamento, além de buscar reduzir danos e riscos e possibilitar integralidade do cuidado e participação social, é necessário que os princípios de

universidade, integralidade e equidade que constituem o SUS sejam materializados em políticas públicas que de fato enfrentem as consequências das exclusões decorrentes da discriminação LGBTfóbica (no geral e, especificamente neste recorte, transfóbica e travestifóbica) e da imposição da cisheteronormatividade<sup>5</sup> que constituem e caracterizam a prestação do serviço público de saúde. É a naturalização dessas ideias que faz com que os profissionais de saúde atendam os usuários dos serviços públicos (e também os privados) como se fossem todos conformados aos estritos limites determinados pelas normas de gênero e sexualidade, o que marginaliza outras vivências e outros sujeitos. (DUARTE, 2014; MELLO *et al.*, 2011).

### ***2.3 O SUS e a efetivação das políticas públicas de saúde***

A saúde, como visto, é muito mais que não ter doenças, mas gozar de condições adequadas para uma vida digna e segura do ponto de vista socio-sanitário. Nesse sentido, autores como Dallari (2014) e Gomà (2004) ressaltam que, para alcançar o bem-estar que configura a saúde, o indivíduo precisa morar em um lugar confortável e seguro, possuir uma rotina que lhe permita descansar, ter acesso a cuidados de higiene, ter um trabalho (que não lhe ameace a segurança ou lhe custe a paz), entre vários outros fatores que compõem direta e indiretamente a garantia da integridade física do ser humano. Travestis e pessoas trans não gozam de nenhum desses direitos no Brasil (SIMPSON, 2015; PEDRA, 2020a) e, portanto, estão e foram sempre impedidas de viver de forma saudável. O que aqui se pretende observar, no entanto, para além de todas essas questões que merecem atenção específica, é o fato de que essas pessoas são também privadas do acesso à atenção básica quando precisam recorrer aos serviços públicos de saúde.

Quando a Constituição da República de 1988 elegeu a saúde como direito básico de todo cidadão e atribuiu ao Estado a responsabilidade pela sua garantia, ela também determinou, no seu art. 196, acima mencionado, que o direito à saúde deverá ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

---

<sup>5</sup> Concepção prévia de que todas as pessoas são cisgêneras e heterossexuais e que quem não cumpre essas regras está fora do padrão.

E essa menção a políticas sociais é uma referência a políticas públicas, cujo fundamento mediato, segundo Bucci (1997, p. 90) é justamente a “existência dos direitos sociais”, direitos que dependem de prestações positivas do Estado para se concretizarem. Tal concretização vem, algumas vezes, por meio de serviços públicos, como é o serviço público de saúde, que, como afirma Dallari (2014, p. 92), “devem ser criados, organizados e mantidos para todo o povo” uma vez que todas as pessoas, proprietários e não-proprietários, ricos e pobres, empregadores e empregados e até mesmo desempregados e ociosos, contribuem para custear os serviços mantidos pelo governo. Não basta, nessa lógica, que os serviços existam e estejam disponíveis para todos, é preciso que sejam organizados e mantidos de forma a atender a todos igualmente, com qualidade, presteza e capacidade técnica adequada ao atendimento de todas as demandas, para que todos os cidadãos possam gozar na prática esse direito. (DALLARI, 2014).

No Brasil, para garantir o acesso à saúde a toda a população de forma igual e sem discriminação, o SUS foi criado tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, aqui entendidos como:

O princípio da universalidade corresponde à garantia de atenção à saúde para todo e qualquer indivíduo, sendo dever das esferas municipal, estadual e federal garantir esse direito; a equidade é o princípio de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso; e a integralidade se refere a um atendimento integral que contemple as necessidades da população, incluindo tanto os meios curativos quanto os preventivos, bem como uma atenção à saúde individual e coletiva. (PRADO *et al.*, 2017, p. 64).

A correta aplicação desses princípios, integrando as esferas federal, estadual e municipal, deveria resultar em um atendimento adequado em uma perspectiva de saúde individual e coletiva, o que, infelizmente, não se observa na experiência da população LGBT+. Ainda que não seja expressa na Constituição, a equidade é um conceito-chave para a promoção dos princípios da universalidade e da integralidade na saúde, uma vez que essas só podem ser alcançadas se consideradas as diferenças entre grupos sociais que enfrentam desigualdades. Para que se possa falar em equidade, no entanto, é preciso que se considere as demandas específicas de grupos sociais distintos (com destaque para as minorias e grupos vulneráveis) que demandam ações governamentais também diferenciadas (LIONÇO, 2009; MELLO *et al.*, 2011; PRADO *et al.*, 2017).

Lionço (2009) fala sobre o quanto as concepções reduzidas de sexualidade limitam o acesso desse grupo aos serviços de saúde em um texto escrito na primeira década dos anos 2000 e que, por recorte temporal, atribui à “diversidade sexual” e à “sexualidade” uma questão que, hoje, os estudos contemporâneos já denominam “identidade de gênero”. Mas, feita essa observação, o raciocínio segue atual e para a autora:

A Carta Constitucional explicita a universalidade dos direitos sociais, sem discriminação de qualquer espécie, apresentando a diversidade como valor social. Considerando ser a intimidade inviolável, a sexualidade não pode se restringir a padrões unívocos, denotando a própria pluralidade entre os cidadãos e grupos sociais, bem como a de suas formas de laço afetivo. O conceito de diversidade sexual apresenta aqui uma função central e estratégica para a proteção dos direitos sociais de pessoas que encontram na orientação sexual e na expressão de gênero fatores de violação de seus direitos, tendo como fatores de prejuízo social a heteronormatividade e a naturalização do binarismo de gênero, sócio-historicamente construídos. (LIONÇO, 2009, p. 47).

Se o desrespeito ao nome social e o tratamento discriminatório seguem sendo realidade, as dificuldades impostas a essas pessoas começam já na entrada dos equipamentos, antes mesmo do contato com os médicos. Não obstante, o SUS<sup>6</sup> é um serviço público com potencial para facilitar o acesso de pessoas trans e travestis à cidadania. Basta que busque efetivamente garantir a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade, enfrentando as barreiras impostas pela discriminação e ofertando serviços que entendam e conheçam as particularidades dos processos de adoecimento e envelhecimento desse grupo. (ROCON *et al.*, 2016).

A incapacidade de uma política pública de cumprir a sua função de concretizar um direito social e a de um serviço público de satisfazer um interesse reconhecido como geral pelo Estado são questões afetas à racionalização do exercício do poder pelo Estado, logo do Direito Administrativo. Importa ao Direito Administrativo (e ao Direito Público como um todo) que o Estado seja capaz de coordenar as atividades públicas e privadas de forma a realizar objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados (BUCCI, 1997). No caso específico do SUS, existe a possibilidade de registrar denúncias e reclamações para a Administração Pública, que é viabilizada por meio da existência de ouvidorias<sup>7</sup>, com atendimento

---

<sup>6</sup> O SUS é, segundo Bucci (2008, p. 254), uma das duas únicas políticas públicas previstas na Constituição (juntamente com o Fundeb), tamanha é a sua importância e centralidade no que se propõe a efetivar.

<sup>7</sup> Instituídas pela Lei nº 13.460, de 26 de junho 2017.

virtual e por telefone. O Estado disponibiliza, portanto, canais de comunicação como ferramentas de gestão e instrumentos de fortalecimento do controle social.

A busca pela concretização de direitos humanos (especialmente os sociais) torna necessário o estudo das políticas públicas, uma vez que esses direitos não são apenas elementos do sistema jurídico, mas indicadores que norteiam o funcionamento do conjunto do sistema e a aplicação das normas (BUCCI, 2001). Mas, para garantir esses direitos, essas políticas precisam entender quais demandas eles pretendem suprir e quais desafios ainda se impõem à sua concretização. Isso porque as exclusões têm formatos e contextos muito diferentes.

A exclusão social, segundo Gomà (2004, p. 18), é um “fenômeno poliédrico, formado pela articulação de um acúmulo de circunstâncias desfavoráveis, frequentemente interrelacionadas fortemente”, ou seja, não tem uma única causa e, menos ainda, uma única consequência. Por se tratar, então, de uma realidade formada por várias realidades, não cabe o enfrentamento das exclusões de forma unidimensional ou setorial. Ao contrário, são necessárias ações “integrals”, “horizontais” ou “transversais em seus processos de gestão”. Ações que sejam capazes de atingir causas diversificadas como estratégias de enfrentamento a situações complexas e multifacetadas.

Mas as políticas públicas, para Bucci (2008), têm também a complexidade como característica. São arranjos institucionais complexos, ricos, compostos de diversos elementos que orientam desde a tomada de decisões até o uso dos meios de que dispõe o Estado para sua consecução, que resultam de processos juridicamente regulados que buscam equilibrar e organizar os meios e os fins da atuação estatal. Políticas públicas podem, dessa forma, ser formuladas de forma a enfrentar as exclusões em todas as suas complexidades.

A existência de um direito no ordenamento (e, conseqüentemente, a sua exigibilidade), então, determina de forma muito fundamental a política pública, desde o estabelecimento da discussão na agenda pública até a fase de avaliação, passando pela formulação, implementação e execução (BUCCI, 2001). Alguns dos problemas aqui apresentados já integram legislações e políticas (ou seja, já foi reconhecido pelo Estado o descumprimento de um direito e a existência de demanda pelo seu cumprimento), mas ainda não alcançam as pessoas de forma integral.

Em 2004, o Ministério da Saúde distribuiu, pelos serviços de saúde do país, cartazes, panfletos e materiais informativos que visavam a sensibilizar os profissionais quanto ao preconceito existente em relação às travestis e pessoas trans. No mesmo ano, surgiu o Programa Brasil Sem Homofobia<sup>8</sup>, um programa nacional de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual<sup>9</sup> vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. (ROMANO, 2008).

Entre as ações relativas à saúde presentes no Programa, Mello *et al.* (2011) destacam que duas se referiam à produção de dados sobre a saúde da população LGBT+ e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento adequado a essas pessoas, e a outra, a principal, previa a formalização, no Ministério da Saúde, de um Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, com a finalidade de elaborar uma Política Nacional de Saúde específica para esse grupo. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi publicada em 2011 como portaria do Ministério da Saúde com o objetivo de promover a saúde integral dessa população, contribuir para a redução das desigualdades e consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo (PEDRA, 2020a). Objetivos esses até hoje não atingidos.

Em 2006, finalmente, foi publicada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, explicitando “o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero”, e trazendo o direito ao uso do nome social como regra, independente de retificação do registro civil (MELLO *et al.*, 2011, p. 15). Em 2009, a Carta foi ampliada (por meio da publicação de uma nova portaria que revogou a anterior) e o texto, ainda em vigor, fundamentou, por exemplo, a previsão do direito ao uso do nome social na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais publicada dois anos depois (ROCON *et al.*, 2016).

---

<sup>8</sup> O Programa Brasil Sem Homofobia é reconhecido como primeira política pública de recorte específico LGBT+ no Brasil, construída em diálogo com representações do movimento social e responsável por inaugurar a discussão pública sobre o acesso dessas pessoas à cidadania. O Programa também trouxe um grande avanço por reconhecer, em um documento oficial, que a promoção dos direitos de pessoas LGBT+ não era um privilégio, mas uma obrigação do Estado diante de um quadro de discriminação, violência e desigualdade de direitos. (PEDRA, 2020a).

<sup>9</sup> À época, por uma questão de contexto temporal, essa era a sigla utilizada para fazer referência a “gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais” e a expressão “cidadania homossexual” fazia referência à cidadania de todas as pessoas LGBT+. As nomenclaturas e a sigla referentes a esse grupo seguem em constante evolução.

### **3 ESTUDOS SOBRE O ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE POR PESSOAS TRANS E TRAVESTIS**

A população LGBT+ viveu, em um passado recente, pequenas vitórias em lutas por direitos básicos já a todos assegurados. Tais vitórias contribuíram para o aumento da visibilidade desse grupo e de suas demandas, o que pode levar algumas pessoas a pensarem que a LGBTfobia não seja mais regra nas relações sociais, mas essa, infelizmente, ainda não é a realidade (DUARTE, 2014). Ao contrário, o Brasil ainda é o país que mais viola direitos da população LGBT+, bem como o que mais mata travestis e transexuais no mundo, onde a expectativa de vida dessas pessoas é de 35 anos, menos da metade da expectativa das pessoas cisgêneras (que é de 75,5 anos) (PEDRA, 2020a).

E esse contexto se espalha por todos os campos sociais. Assim, ainda que os serviços de saúde possam ser percebidos como espaços compostos por pessoas instruídas, preparadas e comprometidas com a busca pela saúde coletiva, não são incomuns os relatos de discriminação por grupos minoritários, em especial a população LGBT+, nem os pedidos para que esses profissionais sejam capacitados visando à humanização e respeito às diferentes identidades sexuais e de gênero.

#### ***3.1 – Os números das desigualdades verificadas***

Estudos nacionais e internacionais já demonstraram as barreiras impostas especificamente à população LGBT+ no acesso à saúde (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019). E todos esses estudos chamam a atenção para o fato de que as pessoas transexuais e travestis são o grupo que enfrenta as maiores dificuldades ao buscarem atendimento em serviços públicos de saúde. E, novamente, aqui nem nos referimos aos cuidados específicos como o Processo Transexualizador, mas ao atendimento primário em saúde. As análises de diferentes grupos em diferentes momentos e regiões concluíram sempre pela força da transfobia e da travestifobia atuando como fatores de expulsão dessas pessoas do sistema de saúde, com agravamentos interseccionais relacionados a outros fatores como pobreza, raça/cor, idade e aparência física (atendimento ou não de padrões estéticos cisheteronormativos) (ROCON *et al.*, 2016; PERES, 2010).

Essa é a conclusão de pesquisa realizada entre fevereiro de 2009 e setembro de 2010 que entrevistou 95 pessoas (sendo 52 gestoras e 43 ativistas LGBT+) em nove

estados, no Distrito Federal, contemplando as cinco macrorregiões do país para analisar as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT+ no Brasil. O trabalho demonstrou que:

[...] os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/ cor e aparência física, entre outros. Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas e, paralelamente, o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas. (MELLO et al., 2011, p. 21).

As travestis e mulheres trans respondentes de uma pesquisa sobre o tratamento recebido por elas no SUS, realizada na primeira década dos anos 2000 em Porto Alegre, foram unânimes na alegação de que há uma resistência dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em tocá-las. Segundo elas, o médico faz perguntas e prescreve medicações unicamente com base no relato da paciente, sem tocá-la. É tamanho o constrangimento que o corpo travesti causa nesses profissionais que eles optam por concluir as consultas clínicas sem realizar o exame físico (MULLER; KNAUTH, 2008).

Sobre este ponto, também presente em outros estudos, Duarte (2014, p. 93) ressalta a ignorância e o preconceito que se fazem presentes na atuação de profissionais da saúde em abordar questões ligadas à sexualidade e em lidar com corpos diferentes do padrão socialmente imposto, mas chama a atenção ainda para o “crescimento e aparecimento de setores conservadores e moralistas que se apresentam com esse discurso no cotidiano dos serviços de saúde”. Esse estranhamento, segundo o autor, “cria resistência e repulsa nos agentes da atenção à saúde, assim como omissão e indiferença, interferindo bastante na produção do cuidado, no projeto terapêutico singular, na conduta” e ainda permitindo que sejam criadas situações vexatórias e discriminatórias como olhares, piadas e atitudes desrespeitosas.

Outra denúncia identificada no estudo de Porto Alegre, e que está presente em todas as outras pesquisas que aqui serão apresentadas, é sobre o desrespeito ao nome social:

Outra situação de discriminação relaciona-se à recepção nos serviços. Quando chegam e se dirigem à recepção, pedem para serem chamadas pelo nome feminino, com o qual se identificam. Contudo, esse pedido parece não ser atendido, e na hora da consulta, retumba pela sala, diante de olhares curiosos e discriminatórios, o nome que está impresso no documento de identidade. A falta de qualificação dos profissionais atendentes pode explicar essa atitude, mas não a justifica. Talvez, haja certo prazer, poder e perversão em expor as travestis diante dos outros pacientes. (MULLER; KNAUTH, 2008, p. 6).

Os sentimentos vivenciados e declarados pelas travestis entrevistadas neste estudo em relação ao tratamento que receberam quando precisaram acessar serviços públicos de saúde foram preconceito, exclusão, discriminação e estigma e, embora elas não mencionem agressões, é importante que se tenha em mente que esse tipo de discriminação é uma forma de violência (MULLER; KNAUTH, 2008).

Outro estudo, realizado em 2016 em camadas populares da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, entrevistou 9 mulheres trans e travestis, gestores e profissionais de programas de AIDS, de unidades de saúde e assistência social, além de grupos focais com lideranças LGBTQ+ e profissionais de saúde sobre o acesso de travestis e transexuais aos serviços públicos de saúde da região, e identificou melhoras recentes, bem como problemas ainda existentes. Neste estudo, as respondentes mais velhas mencionaram bastante o “reconhecimento de modos de tratamento mais tolerantes às pessoas trans/travestis no convívio social atual, inclusive nas instituições” (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019, p. 3-4). Além disso, foram citadas novidades legais e jurídicas de defesa dos direitos de pessoas LGBTQ+ que, apesar de não representarem mudanças profundas nas representações, trouxeram efeitos perceptíveis no nível das práticas. (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Na região metropolitana da Grande Vitória, no estado do Espírito Santo, uma pesquisa entrevistou 15 pessoas trans sobre as dificuldades que enfrentavam no acesso aos serviços públicos de saúde e suas expectativas em relação ao atendimento do SUS e identificou que o desrespeito ao nome social e a incidência de episódios de discriminação por parte dos profissionais de saúde são grandes barreiras ainda existentes. Nos relatos recolhidos, chama a atenção o que foi chamado de “dar show”, que é uma reação violenta e geralmente barulhenta, como estratégia de luta dessas pessoas no enfrentamento desses obstáculos (ROCON *et al.*, 2016). Além disso, fica registrada a denúncia da falta de orientação e acompanhamento médico na região para travestis e pessoas trans em tratamento de hormonioterapia. Rocon *et al.* (2018) demonstram que:

Episódios de transfobia e travestifobia praticados por profissionais da saúde, nos variados estabelecimentos e níveis de atenção, configuram barreiras para o acesso à saúde pela população trans. O desrespeito ao nome social apresenta-se como uma das principais formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Como efeito, dezenas de pessoas trans resistem em buscar tratamentos de saúde por medo de sofrerem discriminação. Ocorre também o abandono de tratamentos em saúde importantes, como os de HIV/AIDS, produzindo um quadro de exclusão do acesso à saúde. Tendo em conta as condições de vulnerabilidade social que geralmente vivem as pessoas trans, essas situações de violência nos serviços de saúde podem produzir quadros de adoecimento irreversíveis e levar à morte. (ROCON *et al.*, 2018, p. 49-50).

Corpo e linguagem não são questões dicotômicas. Assim, para pessoas trans, alterações na linguagem podem ser tão importantes quanto alterações corporais. É por isso que o desrespeito ao nome social é uma forma de discriminar, desumanizar e excluir essas pessoas do acesso aos serviços públicos (ROCON *et al.*, 2018).

Para Guaranha e Lomando (2017), o nome é uma questão tão central na nossa sociedade que é capaz de nos situar dentro do espectro binário, mais ao masculino ou ao feminino, e representa a forma como a pessoa se apresenta para a sociedade. Muitas vezes, antes mesmo de nascer, as pessoas já recebem um nome que as situam dentro do registro linguístico do masculino ou do feminino. Um nome que, apenas por ser dito, já informa o gênero da criança esperada. Essa determinação é parte da identidade das pessoas e marca a construção da sua identidade de gênero e da sua sexualidade, seja pela conformidade ou pelo desconforto. Por isso, o nome social tem papel fundamental na construção da identidade de pessoas trans e travestis. É a forma como elas escolhem se apresentar no mundo e se inserir na linguagem. Desrespeitar o nome social é, mais que expor uma pessoa, deslegitimar e não reconhecer a identidade que ela construiu, ignorando os processos autônomos de construção subjetiva e identitária. Segundo os autores:

A Carta dos Direitos dos Usuários, que é de 2006, representou um avanço na busca por atendimentos mais humanizados e livres de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. No entanto, mesmo com o aval institucional do direito ao uso do nome social no SUS, são frequentes os relatos de não reconhecimento da identidade feminina de travestis e transexuais no sistema de saúde, as quais se sentem constrangidas e envergonhadas ao serem chamadas pelo nome masculino no momento do atendimento. (GUARANHA; LOMANDO, 2017, p. 57).

Pesquisa aplicada em 2019 pelo Núcleo Jurídico de Diversidade Sexual e de Gênero da Universidade Federal de Minas Gerias (Diverso-UFMG) na 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte perguntou às travestis e pessoas trans respondentes

sobre a utilização do nome social nos equipamentos de saúde pública. Segundo a pesquisa:

[...] 31,8% das pessoas trans e travestis entrevistadas respondeu que não utiliza o nome social quando atendidas pelas SUS, enquanto 45,4% disse que usa o nome social nessas situações. 13,6% não quis responder à pergunta. Dentre os motivos da não utilização do nome social no Sistema Único de Saúde, nos deparamos com respostas diversas entre os respondentes. Dentre elas destacamos: o desrespeito ao uso (14,1%), o medo de discriminação e/ou constrangimento (14,1%), a transfobia na saúde (14,1%), a opção de não falar o nome social nesses espaços e de apesar de ter retificado o nome não utilizá-lo (14,1%) e a necessidade de mudar a carteira de identidade (14,1%). Por fim, 28,5% não quis responder. Entre as(os) transexuais e travestis que responderam utilizar o nome social, 20% afirmou que isso já lhes proporcionou algum constrangimento ou desconforto nos atendimentos médicos, enquanto 60% responderam que não tiveram problema. (RAMOS *et al.*, 2019, p. 40).

Para além do desrespeito ao nome social, a pesquisa ainda identificou que 18,1% das pessoas trans e travestis entrevistadas afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência em postos de saúde e hospitais em virtude da sua identidade de gênero, destacando-se, entre as violências, a verbal e a psicológica, com 18,8% cada. Ainda neste grupo, 9,1% das pessoas respondentes afirmaram se sentir nada e 36,4% afirmaram se sentir pouco acolhidas (totalizando 45,5%) em postos de saúde e hospitais, enquanto 31,8% afirmaram se sentir acolhidas e 22,7% muito acolhidas nesses espaços (RAMOS *et al.*, 2019, p. 41).

Outra pesquisa mineira, realizada com travestis e profissionais do sexo de Belo Horizonte entre 2012 e 2014, e entre 2014 e 2016 com um grupo de apoio e militância voltado a pessoas travestis e transexuais de Juiz de Fora, e apresentada por Prado *et. al* (2017), constatou também que “a adesão desta população ao sistema de saúde é extremamente reduzida” (p. 74), uma vez que 26,2% das pessoas entrevistadas afirmaram estar há mais de um ano sem realizar uma consulta médica. Ainda, 58,8% declararam já terem deixado de buscar auxílio médico mesmo tendo precisado. Entre estas, foram apontados como principais motivos: a “automedicação” (40,9%), “preconceito/discriminação/violência contra a população trans” (19,2%); “demora de agendamento (fila) para consultas e exames” (19,2%) (PRADO *et al.*, 2017, p. 74). É importante observar que esse último motivo, a demora no atendimento, é uma reclamação já conhecida sobre o SUS. Se, aqui, ela se torna motivo suficiente para não buscar o serviço, talvez seja resultado da descrença no atendimento, que faz com que a espera não pareça valer a pena. Para os autores:

Esses motivos sugerem, mesmo que indiretamente, um desestímulo causado pela discriminação vinda dos profissionais de saúde e/ou desarticulação dos programas de saúde às suas especificidades. Nos grupos focais, foi recorrente o relato de experiências de humilhação pública ou de situações vexatórias proporcionadas por profissionais de saúde no atendimento aos usuários e às usuárias dos serviços públicos. O desrespeito ao uso do nome social e a negligência, sobretudo, de profissionais da medicina e da psicologia no atendimento a essa população, foram relatados por todas as pessoas que passaram pelo grupo de apoio ao longo do período em que a pesquisa foi realizada. Dito de outro modo, todas as pessoas participantes dos grupos focais, ao longo de dois anos de trabalho de campo, relataram algum tipo de experiência pessoal de violação de direitos, perpetrada por agentes de saúde, médicos e/ou psicólogos. (PRADO *et al.*, 2017, p. 74-75).

Essa pesquisa também investigou a questão da autoaplicação de hormônios e demonstrou que, entre as pessoas respondentes, 92,9% afirmaram já terem feito uso de hormônios como estratégias de construção de seus corpos. Destas, 63,6% iniciaram o uso antes mesmo dos 18 anos de idade. Entre as participantes que afirmaram fazer (ou terem feito) uso de hormônios, 98,2% afirmaram ter se orientado a respeito dos medicamentos hormonais com outras travestis e apenas 1,8% afirmou ter recebido orientação no serviço público de saúde. Entre os medicamentos apontados, o principal destaque é para os comprimidos anticoncepcionais, que são facilmente adquiridos em farmácias (PRADO *et al.*, 2017). A autoaplicação, então, é o resultado imediato da facilidade de obter anticoncepcionais (que não exigem receita médica), do afastamento dos serviços de saúde e da dificuldade de obter atendimento profissional para essas demandas específicas.

Outra questão apontada são os problemas de saúde apontados pelas pessoas ouvidas. É comum que a autoaplicação de hormônios inadequados para a realidade específica de cada organismo resulte em problemas de saúde, com destaque para os rins e o fígado, e isso se confirma nessa pesquisa, já que 14,2% relataram diagnóstico de algum problema renal, 7,8% relataram alguma doença hepática e 3,6% algum problema cardíaco. Além disso, 5,7% relataram diagnóstico de hipercolesterolemia, 4,26% sofriam de hipertensão e 2,84% de diabetes. Outros diagnósticos que confirmam tendências encontradas em outros estudos são os relativos à saúde mental. Para essa pergunta, 26,2% já haviam recebido diagnósticos de depressão e 5,0% de alguma outra doença psiquiátrica como síndrome do pânico e transtorno bipolar. (PRADO *et al.*, 2017).

A transexualidade e a travestilidade foram despatologizadas em 2018, ano em que a Organização Mundial da Saúde retirou essas identidades da Classificação

Internacional de Doenças. Também não existe qualquer relação comprovada entre a transexualidade ou a travestilidade e algum tipo de propensão a problemas de saúde mental. O que se verifica, no entanto, é um contexto tão complexo de exclusões que resulta em um grande número de casos de sofrimento mental e tentativas de autoextermínio. (PEDRA, 2020a). Segundo Peres (2010):

Apesar de não termos dados oficiais de pesquisas a respeito da saúde mental das travestis, o convívio com a comunidade de travestis permite algumas inferências preocupantes, como, por exemplo, o grande número de pessoas travestis que reclamam ou que se mostram em estado de depressão (...); ou ainda expressando graus elevados de ansiedades; ou ainda desânimo frente à vida e de total descrédito com ela; e, em casos mais extremos, notícias sobre altos índices de morbidade e mortalidade por overdose de drogas, ou mesmo de incidências de práticas de suicídio. (PERES, 2010, p. 306).

Essa realidade é apontada em outra pesquisa, que acompanhou travestis e mulheres trans que atuam no mercado da prostituição na Região Metropolitana de Belo Horizonte, e identificou que 26% delas já receberam algum diagnóstico de depressão. O trabalho sexual é uma atividade desgastante, repleta de riscos e desprotegida pelo Direito, que expõe essas profissionais a um acúmulo interseccional de vulnerabilidades que muitas vezes se manifesta na forma de situações estressantes, de medo e de desânimo mesmo frente a tantos obstáculos, abusos e exploração. Perguntadas sobre outras doenças, foram relatados diagnósticos de sífilis (16%), problemas renais (14%), dependência química (10%), “HIV/Aids” (4%) e gonorreia ou outras IST (4%). (NUH, 2016).

Esses dados também evidenciam o grande afastamento entre as entrevistadas (travestis e mulheres trans profissionais do sexo) e o sistema público de saúde. Nesse grupo, 58,87% afirmaram já ter deixado de procurar atendimento médico mesmo acreditando necessitar. Perguntadas sobre o motivo da recusa, 24,11% afirmaram ter se automedicado, 11,35% apontaram o “preconceito/discriminação/violência contra a população trans”, 11,35% a “demora de agendamento (fila) para consultas e exames” e 9,22% indicaram o “desrespeito ao nome social”. Sobre o número de consultas médicas que realizaram nos últimos 12 meses, 26,24% das entrevistadas responderam “nenhuma”, 36,17% responderam “uma ou duas” e 24,82% haviam realizado “de três a cinco”. Até mesmo sobre a testagem de HIV e IST, procedimento sempre oferecido a esse grupo, e que algumas vezes é realizado pelo Poder Público em ações externas de abordagem a profissionais do sexo nas ruas de prostituição, apenas 65% das entrevistadas afirmaram ter realizado nos

últimos 12 meses. Outra questão levantada por essa pesquisa e que foi negligenciada pelas outras aqui apresentadas é o câncer de próstata. Nessa pesquisa, apenas 8,6% das entrevistadas afirmaram já ter realizado esse exame (NUH, 2016).

Diferente de outras pesquisas, essa identificou um percentual significativo de pessoas que possuem plano de saúde: 23,4% das respondentes. No entanto, em relação ao Processo Transsexualizador, política pública que poderia servir de porta de entrada para essas pessoas acessarem os serviços que compõem a atenção básica, 93% das entrevistadas não tinham iniciado o atendimento e 81,75% informaram que sequer pretendiam iniciar. Nas anotações dos pesquisadores, foi registrado que “muitas das entrevistadas não tinham conhecimento acerca do processo transsexualizador e, quando sabiam algo a respeito, era ainda presente a concepção de que tal processo possui como finalidade única a cirurgia de redesignação sexual” (NUH, 2016).

### ***3.2 – Dificuldades enfrentadas pelas pesquisas que se dedicaram à temática***

A análise desses estudos precisa considerar algumas questões. A amostra regional é bem pouco diversificada. E embora um dos estudos apresentados tenha sido realizado em âmbito nacional (nove estados, suas respectivas capitais e o Distrito Federal, contemplando as cinco macrorregiões do país), os demais são todos do Sudeste (um no Espírito Santo, um no Rio de Janeiro e três em Minas Gerais) ou no Sul (um no Rio Grande do Sul). Além da baixa diversidade regional, boa parte dessas pesquisas registrou a dificuldade de encontrar respondentes ou participantes pelos grupos (dificuldade que foi enfrentada com estratégias diferentes).

Outra dificuldade é a falta de pesquisas dessa natureza. Todos os estudos aqui organizados são de iniciativas da sociedade civil, pois não há, por parte do Estado, interesse em mapear e conhecer a população LGBT+. Políticas públicas de inclusão social e enfrentamento de desigualdades necessitam de dados e a omissão do Estado em produzir esses dados é mais um indicativo da falta de vontade política em conduzir ações que de fato alcancem essas pessoas. Mas é interessante observar como todos os resultados são parecidos. Ainda que as perguntas e porcentagens variem, a imposição de barreiras ao acesso de pessoas trans e travestis aos serviços públicos de saúde fica clara em todos os contextos pesquisados. Nas palavras dos autores de uma das pesquisas aqui discutidas:

Transfobia e travestifobia funcionam como operadores do gênero binário na ponta dos serviços de saúde, por interditos e constructos morais que também normatizam as vidas dos profissionais que ali trabalham, produzindo assim a exclusão da população trans por meio da reprodução de tais normas na totalidade das relações que ali acontecem. (ROCON *et al.*, 2018, p. 49).

Para além das IST, preocupação única do Estado como vimos, as pessoas trans e travestis necessitam de cuidados de saúde assim como todas as pessoas. Antes mesmo de questões mais particulares como os procedimentos que compõem o Processo Transexualizador (discussão bem mais específica, que demanda outros dados e enfrenta outros problemas), o que aqui se demonstra é que esse grupo social está sendo privado de acessar os serviços mais básicos da saúde pública, que compõem o que chamamos de atenção básica.

Essas pessoas também precisam tomar vacinas, sofrem de doenças físicas e de saúde mental, têm problemas crônicos ou doenças de estação. Essas pessoas se machucam e precisam de cuidados. É preciso que se busque entender onde elas buscam esse apoio se não se sentem acolhidas nos serviços públicos de saúde e muitas vezes não têm condições financeiras de buscar atendimento privado (em virtude de outras exclusões que alimentam essa) (ALMEIDA, 2018).

E, se a conclusão for a que aqui se anuncia, que elas não encontram esse apoio e vivem marginalizadas, é urgente reconhecer que essas exclusões a elas impostas contribuem para expor essas pessoas a “riscos epidêmicos, sociais, políticos e culturais”. Afastadas dos processos de tomada de decisão da sociedade, sem acesso à cidadania, sem autoestima e descrente de suas potencialidades, essas pessoas enfrentam exclusões invencíveis e são diariamente condenadas à morte (PERES, 2010, p. 304).

#### **4. A DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE POR PESSOAS TRANS E TRAVESTIS**

O desconhecimento das demandas específicas de travestis e transexuais pelo sistema público de saúde ainda é uma realidade porque imperam (na sociedade e, conseqüentemente, nos profissionais envolvidos e, principalmente, nas ações reguladoras do Estado) concepções cisheteronormativas que estigmatizam e inviabilizam (por vezes, condenam e desmoralizam) qualquer experiência que escape dos estritos padrões sociais de normalidade (PRADO *et al.*, 2017).

O “atendimento humanizado” é direito expresso duas vezes na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, no *caput* do art. 4<sup>o</sup><sup>10</sup> e em seu parágrafo único, bem como na Política Nacional de Humanização (que existe desde 2003) e na Política Nacional de Atenção Básica (de 2017, que prevê ainda o enfrentamento da estigmatização e da discriminação) e, embora possa parecer uma expressão meramente técnica, ou talvez um pouco vaga, é uma demanda central do Movimento Trans. Na pesquisa realizada na Grande Vitória, por exemplo, que reproduz frases ditas pelas pessoas que participaram dos grupos focais, isso aparece em 4 das 7 respostas transcritas para a pergunta “O que esperam, o que mudariam e o que fariam para melhorar o SUS?”, que enfatizam a necessidade de capacitar os profissionais dos serviços de saúde para que consigam oferecer atendimento humanizado a pessoas trans e travestis (e LGBT+ em geral), “facilitando o acesso desse segmento na medida em que elimina as barreiras produzidas pelo preconceito e pela discriminação (ROCON *et al.*, 2018, p. 50). E o estudo conclui que nesse sentido:

São apontadas soluções que reforçam a necessidade de formação continuada pautada na promoção da humanização, da dignidade e do respeito ao nome social e às identidades de gênero para todxs xs trabalhadorxs da saúde envolvidxs no itinerário pela busca por atendimento em saúde. Essas proposições reiteram que a discriminação, a dificuldade de diálogo entre profissionais da saúde e usuárixs trans e o desrespeito ao nome social se apresentam como obstáculos ao acesso de pessoas trans aos serviços de saúde, sendo elementos responsáveis pelo adoecimento dessa população na medida em que a priva dos cuidados e da proteção em saúde. Por fim, as soluções, indicações e provocações elencadas pelas falas apontam que um modelo de atenção à saúde biomédico e curativista não será capaz de responder às demandas em saúde da população trans. Nessa direção, as entrevistas reiteram a resistência construtora do Sistema Único de Saúde, na medida em que suas demandas em saúde requerem um sistema de saúde público, universal, integral, com justiça e participação social. (ROCON *et al.*, 2018, p. 51).

Na pesquisa realizada em Porto Alegre, aqui também apresentada, há relatos de pessoas trans que afirmaram saírem dos atendimentos médicos “deprimidas”, “para baixo” e com sentimento de “tristeza”, resultado direto da falta de acolhimento por parte dos trabalhadores da saúde, o que transforma esses locais de atendimento em mais um espaço de discriminação para essas pessoas (MULLER; KNAUTH, 2008). O

---

<sup>10</sup> “Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe (...)”. (BRASIL, 2009).

“acolhimento” aqui mencionado, outra palavra bastante comum nesses estudos, é uma expressão presente nas técnicas e procedimentos da saúde e que se relaciona diretamente com a busca por garantir atendimento humanizado aos usuários dos serviços. Em um estudo que analisa experiências de reorganização do serviço de saúde a partir da ótica do acolhimento, Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 346) concluem que o acolhimento pode “evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos” nas relações que travam com o que os serviços de saúde são capazes de oferecer.

A garantia de “atendimento humanizado” não está expressa na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde por inovação do Ministério da Saúde. Essa, como adiantado, é uma demanda histórica (e ainda muito atual) no Movimento LGBT+, principalmente no Movimento Trans. Na 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ocorrida em 2016, último grande encontro nacional do movimento social organizado, em que o Eixo I reuniu as propostas aprovadas relativas aos serviços públicos, “o atendimento humanizado foi uma demanda muito presente nesse grupo de propostas e isso dialoga claramente com as inúmeras dificuldades e reclamações da população trans em relação aos serviços de saúde” (PEDRA, 2020a, p. 288-289).

E, mesmo descrita em outras palavras, essa demanda tem aparições mais antigas, geralmente sob a forma de pedidos de capacitações e formações, que são, na verdade, outras formas que o movimento encontrou de demandar que o Estado garanta que os agentes públicos entendam e pratiquem o atendimento humanizado. Peres (2010) destaca, relatando brevemente o histórico de encontros regionais e nacionais entre 1999 e 2008, a aprovação de propostas que reivindicavam ao Ministério da Saúde a “capacitação de funcionários(as), médicos(as) e enfermeiros(as) para que tenham melhores tratamentos” (p. 308). O excessivo e histórico número de pedidos dessa natureza só demonstra o quanto esse grupo social ainda precisa requerer diariamente que sejam respeitados seus direitos fundamentais básicos – e que o Estado se responsabilize por exigir um tratamento que garanta esse mínimo de cidadania sem o qual é difícil viver (PEDRA, 2020a).

Tais demandas vinham sendo, ao longo dos anos, formalmente atendidas pelo Poder Executivo Federal (ainda que, na prática, as mudanças efetivas sejam difíceis de identificar). A necessidade de sensibilização e capacitação de profissionais da saúde

para o atendimento humanizado e não discriminatório da população LGBT+ é, segundo Mello *et al.* (2011, p. 18), “um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para esses segmentos”. Ressaltam, ainda, os autores que o que se constata nas entrevistas realizadas com gestoras e ativistas sobre o alcance das ações de conscientização dos agentes de saúde sobre os danos individuais e sociais decorrentes da LGBTfobia é que “ainda há muito por fazer, já que o total de iniciativas e o público alcançado são pouco significativos” (MELLO *et al.*, 2011, p. 18).

Recuperando o roteiro apresentado por Bucci (2000), o atendimento humanizado já foi discutido e incluído na agenda pública e já foi previsto nas normas instituidoras e reguladoras de políticas públicas (formulação) como ação a ser cumprida pelos serviços e equipamentos públicos. Os próximos estágios seriam a implementação, execução e avaliação. Tendo em vista as datas de publicação dessas normas e os estudos aqui reunidos, já é possível concluir que a implementação e execução dessas políticas falharam e não vem sendo feita, por parte do Estado, avaliação que identifique esses pontos e busque as adequações necessárias. É aqui que se faz necessária e urgente a atuação do direito.

Garantir e respeitar o direito à vida de uma pessoa não se restringe a não permitir que ela seja morta, mas respeitar a sua integridade, possibilitar a sua sobrevivência digna e dar a ela condições mínimas (fundamentais) para que consiga se desenvolver. Para além das condições materiais, as necessidades do corpo que, se não atendidas, levam à morte, existem necessidades espirituais que também precisam ser asseguradas, como a liberdade, a esperança e o respeito dos semelhantes, por exemplo. Mais que manter as pessoas vivas, o que o Estado deve assegurar para cumprir o seu dever de garantir a vida é possibilitar que vivam com dignidade (DALLARI, 2014).

O direito à vida, no entanto, é constante e institucionalmente desrespeitado e ignorado quando se trata de pessoas trans e travestis:

Esses dois direitos, o de manter a vida e o de vivê-la com dignidade, são, no Brasil, marcadamente violados nas experiências de travestis e transexuais, um subgrupo muito específico da população LGBT. Nesse sentido, é preciso que esse grupo seja compreendido a partir de suas particularidades sob o risco de ser invisibilizado por qualquer generalização. É fundamental e necessário que se dê especial atenção a um grupo cujo direito à vida é tão ameaçado. A expectativa de vida de travestis e mulheres transexuais no Brasil hoje é de apenas 35 anos, o que representa menos da metade da média nacional, que é de 75,5 anos segundo o IBGE. (PEDRA, 2020a, p. 87).

Antes, então, da discussão sobre o acesso de pessoas trans e travestis à saúde, é preciso ter em mente que essas pessoas vêm tendo histórica e sistematicamente negado o direito à vida, essencialmente anterior. Pensar a vulnerabilidade dessas pessoas, destacam Toneli e Amaral (2017), exige considerar não somente as questões físicas e psicológicas, mas políticas e geopolíticas. E o histórico do Estado é de negação, indiferença e invisibilização de grupos minoritários. O histórico da saúde não tinha como ser muito diferente, uma vez que:

Ao longo dos anos, desde 1988 e da implantação do SUS, houve muitos acertos em suas ações, mas também muitos obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelas mais variadas categorias, seja classe social, raça, etnia, identidade de gêneros, orientação sexual, relação intergeracional ou estética corporal. (PERES, 2010, p. 309).

A consolidação desse quadro de exclusões e violações na história e sua manutenção no presente comprovam que a LGBTfobia tem caráter estrutural no Brasil e, é importante registrar, é vivida de forma muito específica por cada um dos grupos que compõem a sigla (além dos recortes interseccionais de gênero, raça, classe, idade e etc., que são fundamentais em qualquer análise). O caráter estrutural da LGBTfobia situa a atuação do Estado, o pensamento social e as relações dos agentes públicos com o respeito à diversidade. Assim, as desigualdades e hierarquizações sociais naturalizam-se de forma tão intrínseca aos costumes sociais que situações de discriminação deixam de nos causar espanto ou comoção. As práticas discriminatórias impetradas contra grupos estruturalmente excluídos fazem parte dos costumes e os privilégios de alguns em detrimento da manutenção de relações assimétricas que inferiorizam outros não são capazes sequer de nos provocar reflexão (PEDRA, 2020b).

E, se uma discriminação assume caráter estrutural em uma sociedade, isso também se reflete, inevitavelmente, no Direito, no Estado, nos serviços públicos e em tudo mais em que pessoas, com seus princípios e repertórios sociais, tenham poder de decisão. Nesse sentido, Toneli e Amaral (2017), em diálogo inevitável com Butler<sup>11</sup> (2015), chamam a atenção para quais são os critérios que fazem uma vida valer ou não a pena, discussão que fica evidente quando se analisam as relações entre transexualidades, travestilidades e políticas públicas. Embora existam dados alarmantes sobre violências e

---

<sup>11</sup> BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: Quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

exclusões, esses dados parecem despertar interesse apenas em pesquisadores e acadêmicos. Assim:

Considerando estas questões que envolvem vidas vivíveis, será possível problematizar a dinâmica do preconceito transfóbico, a capacidade dos gestores e profissionais em identificar este tipo de violência e suas formas de enfrentamento que poderiam gerar processos e práticas interventivas no âmbito das políticas públicas. Estas estratégias de não silenciamento da violência possibilitariam mapear as vulnerabilidades a que a população de travestis e transexuais está exposta, tornando visíveis esses sujeitos e contribuindo com a ampliação e facilitação do acesso aos direitos dessa população. (TONELI; AMARAL, 2017, p. 44-45).

Nesse ponto, faz falta que o Direito assuma a responsabilidade de fazer cumprir as normas e garantir que se busque efetivar os direitos dessas pessoas. O poder Judiciário tem papel central na determinação e aplicação dos princípios constitucionais e legais e, assim, impacto direto nas políticas públicas propostas ou implementadas pelo Executivo, permitindo, pelo seu poder impositivo e contramajoritário, a incorporação (ou consideração, ainda que breve e, por vezes, marginal) de vozes minoritárias na elaboração dessas políticas. (TAYLOR, 2007).

Todas as maiores conquistas da população LGBTQ+ foram obtidas após longas batalhas no Poder Judiciário. As medidas do Executivo carecem de efetividade e o Legislativo evoluiu de um histórico de omissão para um contexto de aversão e perseguição (PEDRA, 2020a). Foi assim com a adoção homoparental (em 2009), a união estável e a conversão em casamento (em 2011, sendo o provimento do Conselho Nacional de Justiça de 2013), a retificação administrativa de nome e gênero (em 2018) e a criminalização da homotransfobia (em 2019), o que só destaca a importância do Direito na garantia do acesso à cidadania por essas pessoas (PEDRA, 2020b). Mais especificamente no campo da saúde, também o Processo Transsexualizador é fruto de uma vitória judicial, já que foi criado pelo Executivo somente após a vitória do Ministério Público em uma ação judicial que obrigou o SUS a oferecer os serviços de saúde específicos que o compõem para pessoas trans e travestis (PEDRA, 2020a).

Mas essas conquistas são ainda muito pequenas diante do caráter estrutural da LGBTQfobia e da forma como ela legitima pessoas a violarem, por meio de suas atuações profissionais e até de atos cotidianos, os direitos de pessoas LGBTQ+. No contexto aqui discutido, a transfobia e a travestifobia atuam de duas formas muito específicas: na forma preconceituosa, despreparada e sem conhecimento (sobre identidade de gênero) com que atuam os profissionais de saúde; e no completo descaso

do Estado de fazer valer as garantias e responsabilidades que assumiu (DUARTE, 2014). O tratamento discriminatório, assim, não apenas impera como se retroalimenta e se mantém:

Importa demarcar que os entendimentos sobre saúde e doença se produzem pelas normas sociais estabelecidas historicamente. Assim, os diagnósticos não avaliam somente estruturas anatomo/fisio/psico/patológicas, eles são atravessados “pela representação comum da norma em um meio social em um dado momento”. Portanto, a experiência da saúde e da doença transcende a ótica biomédica por conjugar “normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir”. Numa sociedade cujas normas predominantes para a inteligibilidade dos corpos residem no gênero binário e na heteronormatividade, todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes, como no caso dos corpos trans. (ROCON *et al.*, 2016, p. 2524).

Analisando as experiências de grupos minoritários nos serviços de saúde, Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 346), afirmam terem descoberto que “em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações”. Nesta linha, o que se verifica nos estudos aqui discutidos é exatamente que a relação dos usuários com os serviços de saúde depende direta e inevitavelmente da relação desses usuários com os profissionais de saúde. E, nas experiências de travestis e transexuais, a discriminação nos equipamentos de saúde inicia-se já na recepção, quando o nome social declarado não é respeitado e se estende até o final da consulta, quando essas pessoas são dispensadas sem sequer terem sido tocadas pelos profissionais, tratadas com desprezo e incompreensão. (ROCON *et al.*, 2018; MULLER; KNAUTH, 2008).

Como verificado, isso é resultado de um contexto social complexo que favorece a discriminação e não da falta de normativas que versem sobre o tema. Ao contrário, existem iniciativas de formação de servidores e de garantia de tratamento igualitário, o próprio SUS possui uma política nacional de educação permanente (DUARTE, 2014), mas planos, programas e leis não resolvem problemas se ficam apenas no papel. O Brasil é “pródigo em elaborar documentos” (NARDI, 2017, p. 29-30), mas ainda não é eficiente em garantir que seus agentes públicos se entendam responsáveis pela proteção de grupos excluídos que, muitas vezes, sofrem violações de direitos dentro de suas próprias famílias e têm os serviços públicos como último recurso.

Talvez alguns desses profissionais não sejam capazes de garantir esse acolhimento institucional por dificuldades em lidar com a ambiguidade que os corpos trans e travestis podem representar e é por isso que se faz importante e urgente ampliar o debate sobre as questões de gênero e diversidade entre os profissionais da saúde como uma forma (viável e verificável institucionalmente) de qualificar o atendimento oferecido a essas pessoas. É também importante que esses assuntos integrem os currículos das graduações em saúde para que as especificidades relativas aos corpos e ao atendimento sejam debatidas e naturalizadas. Qualificar os profissionais da saúde e aproximá-los desses conceitos pode ser a melhor alternativa para reduzir os estigmas enfrentados por essas pessoas e garantir o acesso delas aos serviços de saúde. E essas medidas dependem necessariamente de um trabalho conjunto entre os profissionais de saúde, a sociedade e o Estado (MULLER; KNAUTH, 2008).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É comum que se associem os problemas e exclusões sociais vivenciados pela população LGBT+ à falta de previsão legal de direitos garantidos a essa minoria em razão da histórica omissão legislativa que levou o Judiciário a ser o palco das poucas e maiores conquistas desse grupo social no Brasil. A LGBTfobia, contudo, é uma realidade tão forte e determinante no Brasil que nem mesmo a previsão normativa é capaz de assegurar o cumprimento de um direito para essa minoria.

A experiência vivenciada por travestis e transexuais nos serviços públicos de saúde, como se pode verificar, é descrita nas pesquisas que ouviram essas usuárias como causadora de sofrimento e marcada pela rejeição, resultando em abandono e afastamento. Além disso, são inúmeras as reclamações desse grupo sobre o SUS, as políticas públicas de saúde e, principalmente, o tratamento a elas destinado pelos servidores públicos de saúde.

Duas questões centrais nessa discussão, no entanto, não carecem de previsão normativa. O nome social e o atendimento humanizado, pautas centrais do Movimento Trans, presentes, inclusive, nos encontros e conferências do movimento social organizado, são direitos expressamente previstos na Carta de Direitos dos Usuários do SUS, cuja primeira versão é de 2006. O nome social é ainda replicado na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011, que faz uma menção também à “humanização na promoção, proteção, atenção e

no cuidado à saúde”. Atendimento humanizado este que é previsto também na Política Nacional de Humanização, que existe desde 2003, e na Política Nacional de Atenção Básica, de 2017. Apesar disso, a análise das entrevistas aqui comentadas demonstra como ainda são grandes os obstáculos impostos ao exercício desses direitos.

Não se tratando, portanto, de recusa do Estado em prever esses direitos, é preciso verificar, então, a quantas anda a sua efetivação. E, infelizmente, não há vontade política por parte do Estado para buscar o real cumprimento dos direitos aqui debatidos (das portarias do Ministério da Saúde à Constituição da República). As políticas de saúde focadas nessa população criam direitos apenas formais, sem qualquer preocupação com a fiscalização ou avaliação. Os dados produzidos (pela sociedade civil, já que não há sequer preocupação estatal em conhecer a realidade dessa população) são indicativos dos problemas existentes e permitiriam a formulação de políticas públicas que os enfrentassem. Mas a LGBTfobia estrutural que orienta a atuação estatal e social ainda impede avanços nessas áreas.

As normativas já existem e só dependem de fiscalização. As políticas públicas já existem, mas ainda necessitam de implementação. Os passos iniciais para o enfrentamento dessas exclusões já foram dados, falta agora que o Estado reconheça essa realidade, assuma suas responsabilidades e faça valer os direitos de travestis e transexuais. O Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo (TGEU, 2020) e esse é um título que deveria preocupar mais o Estado brasileiro. Mas, mais que sediar um grande número de crimes transfóbicos, o Brasil é um país que não garante a essas pessoas o direito à vida e à saúde, mesmo se compreendidos apenas como “não matar” e “não ter doença”. Uma vez considerados esses direitos a partir das concepções aqui trazidas de viver dignamente e ter condições de gozar de boa saúde, o Brasil precisa urgentemente reorganizar suas prestações. No caso do acesso aos serviços públicos de saúde, objeto deste trabalho, o compromisso em garantir atendimento humanizado a essas pessoas parece ser a melhor e mais viável alternativa.

## REFERÊNCIAS

AGUIÃO, Sílvia. “Não somos um simples conjunto de letrinhas” : disputas internas e (re)arranjos da política “LGBT”. **Cadernos Pagu** (46), janeiro-abril de 2016, p. 279-310.

ALMEIDA, Guilherme. Identidade de gênero com ênfase nas pessoas trans: particularidades e acesso à saúde, trabalho e educação. *In*: NOGUEIRA, Leonardo; HILÁRIO, Erivan; PAZ, Thaís Terezinha; MARRO, Kátia. (org.). **Hasteemos a bandeira colorida: diversidade sexual e de gênero no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2018. p. 159-185.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113460.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113460.htm). Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/17/AF-Carta-Usuarios-Saude-site.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 22 fev. 2022.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos. **Cadernos Pólis**, São Paulo, v. 2, p. 5-16, 2011. Disponível em: [http://bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/441/POLIS\\_direitos\\_humanos\\_politicas\\_publicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/441/POLIS_direitos_humanos_politicas_publicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 29 ago. 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Notas para uma metodologia jurídica de análise de políticas públicas. *In*: FORTINI, Cristiana; ESTEVES, Júlio César dos Santos; DIAS, Maria Tereza Fonseca. (org.). **Políticas públicas: possibilidades e limites**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. p. 225-260.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, n. 133, p. 89-98, jan./mar. 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 29 ago. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS HUMANOS DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 3., 2016, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, 2016. 126 p. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/inc\\_social\\_lgbtt/Diversos\\_LGBT/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/inc_social_lgbtt/Diversos_LGBT/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf). Acesso em: 29 ago. 2021.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília, ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n27p77-98>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209>. Acesso em: 29 ago. 2021.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

GOMÀ, Ricard. Processos de exclusão e políticas de inclusão social: algumas reflexões conceituais. In: CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira; COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz (org.). **Gestão social: o que há de novo?** Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004. p. 13-24.

GUARANHA, Camila; LOMANDO, Eduardo. “Senhora, essa identificação não é sua!”: reflexões sobre a transnomeação. In: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 49-61.

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo\\_Laurentino\\_EPSJV\\_Mestrado\\_2015.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2015.pdf). Acesso em: 29 ago. 2021.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo Transsexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pxSyLfDd8pZzdQ6tknGbWnx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 9, p. 7-28, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/8ZZjpNCzgQMvJDDGRvLPYmk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MOIRA, Amara. Travesti ou mulher trans: tem diferença? Não é possível distinguir no olhómetro quem é travesti e quem mulher trans, primeiro ponto, e, sendo assim, é necessário ter cautela ao tentar estabelecer características que separariam uma identidade da outra. **Mídia Ninja**. São Paulo, 07 ago. 2017. Disponível em: <http://midianinja.org/amaramoira/travesti-ou-mulher-trans-tem-diferenca/> Acesso em: 4 out. 2021.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n. 4, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7Smzr3QL4tfvwZvqyKtysgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MULLER, Magno Ivo; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é ‘babado’! **Cadernos EBAPE.BR**, v. 6, n. 2, p. 1-14, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/3tkDxMZBRqcBdB7zm3TJGqj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

NARDI, Henrique Caetano. Relações de gênero e diversidade sexual: compreendendo o contexto sociopolítico contemporâneo. *In*: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 15-31.

NUH (Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT). **Projeto Trans**: travestilidades e transexualidades. Belo Horizonte: UFMG, 2016. Disponível em: [http://www.nuhufmg.com.br/gde\\_ufmg/index.php/projeto-trans](http://www.nuhufmg.com.br/gde_ufmg/index.php/projeto-trans). Acesso em: 29 ago. 2021.

PEDRA, Caio Benevides. **Cidadania trans**: o acesso à cidadania por travestis e transexuais no Brasil. Curitiba: Appris, 2020a.

PEDRA, Caio Benevides. **Direitos LGBT**: a lgbtfobia estrutural e a diversidade sexual e de gênero no direito brasileiro. Curitiba: Appris, 2020b.

PERES, Wiliam S. Travestis, cuidado de si e serviços de saúde: algumas reflexões. *In*: COSTA, Horácio *et al.* (org.). **Retratos do Brasil homossexual**: fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: EDUSP: Imprensa Oficial, 2010. p. 303-319.

PRADO, Marco Aurélio Máximo *et al.* Travestilidades, transexualidades e saúde: acessos, restrições e vulnerabilizações do cuidado integral. *In*: RAMOS, Marcelo Maciel; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá; ALKMIN, Gabriela Campos (org.). **Gênero**,

**sexualidade e direitos humanos:** perspectivas multidisciplinares. Belo Horizonte: Initia Via, 2017. p. 63-82.

RAMOS, Marcelo Maciel *et al.* **Relatório de violências contra pessoas LGBTQ+:** pesquisa da 22ª Parada do Orgulho LGBTQ de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Diverso UFMG, 2020. Disponível em: <http://nebula.wsimg.com/867c06cbb7c2357acda15af70f964b1b?AccessKeyId=25925B62BCD48962BA9E&disposition=0&alloworigin=1>. Acesso em: 29 ago. 2021.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVqQ6WGjyRzLqfd8vRD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3t4XwP5dNGDHkcfXSfJDcj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

ROMANO, Valéria Ferreira. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p. 211-219, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/crBYFm6crQJXXPzmtX4gZ5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SIMPSON, Keila. Transexualidade e travestilidade na saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-16.

TAYLOR, Matthew M. O Judiciário e as Políticas Públicas no Brasil. **Dados** - Revista de Ciências Sociais, vol. 50, núm. 2, 2007, p. 229-257. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/hcw8bdc7Ywfrp6cNjmCvPVh/?lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2021.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras; AMARAL, Marília dos Santos. Sobre travestilidades e políticas públicas: como se produzem os sujeitos da vulnerabilidade. *In*: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 32-48.

TGEU – Transgender Europe. **TMM Update Trans Day of Remembrance 2020**: press release. Berlin: Transrespect versus Transphobia Worldwide, 11 nov. 2020. Disponível em: [https://transrespect.org/wp-content/uploads/2020/11/TvT\\_TMM\\_TDoR2020\\_PressRelease\\_EN.pdf](https://transrespect.org/wp-content/uploads/2020/11/TvT_TMM_TDoR2020_PressRelease_EN.pdf). Acesso em: 29 ago. 2021.