



# PSICOLOGIA ARGUMENTO

ISSN 0103-7013  
Licenciado sob uma Licença Creative Commons



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.102.AO01>

## **Acesso de Pessoas Trans à Saúde: uma Análise das Práticas de Profissionais**

*Transgender People's Access to Health: an Analysis of Professional Practices*

*Acceso de las Personas Trans a la Salud: un Análisis de las Prácticas de los Profesionales*

---

Roberta Cristina Gobbi Baccharim

<https://orcid.org/0000-0002-3403-5979>

Mestre em Psicologia (UTP) e Professora do curso de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. [roberta.gobbi@gmail.com](mailto:roberta.gobbi@gmail.com)

Grazielle Tagliamento

<https://orcid.org/0000-0003-4438-5806>

Pós-Doutora em Psicologia (USP), Professora associada II do curso de Psicologia do Centro Universitário UniDomBosco e Coordenadora educacional do Centro de Excelência em Gêneros e Sexualidades (CEGES). [tgrazielle@hotmail.com](mailto:tgrazielle@hotmail.com)

---

### Resumo

Para as pessoas trans, a estigmatização e discriminação, produzidas pelas normas regulatórias de gêneros, impossibilitam o acesso e comprometem a qualidade nos serviços públicos de saúde. Este artigo discute o atendimento e o direito à saúde integral, a partir de uma pesquisa qualitativa que buscou analisar as barreiras para o acesso dessa população nesses espaços. Foram realizadas entrevistas com profissionais da saúde pública de Curitiba/PR, abordando o conhecimento sobre transexualidades e travestilidades, políticas públicas de saúde para travestis e transexuais, e experiências de atendimento. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise das práticas discursivas das/os profissionais por meio das categorias: aceitabilidade, acessibilidade, qualidade e disponibilidade. Observou-se que as normas regulatórias de gênero incidem na prática das políticas e no atendimento às pessoas trans, dificultando seu acesso aos serviços públicos de saúde.

**Palavras-chave:** Travesti; Transexual; Saúde; Estigmatização; SUS.

### Abstract

For transgender people, the stigmatization and discrimination produced by the regulatory norms of genders make access impossible and compromise quality in public health services. This article discusses care and guarantee of the right to integral health, based on a qualitative research that sought to analyze the barriers to access for this population in these spaces. Interviews were conducted with public health professionals from Curitiba/PR, addressing knowledge about transsexuality and transvestities, public health policies for transvestites and transsexuals, and care experiences. For the analysis of the data, the analysis of the discursive practices of health professionals was used through the categories: acceptability, accessibility, quality and availability. It was observed that gender regulatory norms affect the practice of policies and in services and care for transgender people, making it difficult to access public health services.

**Keywords:** Transvestite; Transsexual; Health; Stigmatization; SUS.

### Resumen

Para las personas transgénero, la estigmatización y la discriminación producidas por las normas reguladoras de género hacen que el acceso sea imposible y comprometan la calidad de los servicios de salud pública. Este artículo aborda la atención y el derecho a la salud integral, en base a una investigación cualitativa que buscó analizar las barreras de acceso para esta población en estos espacios. Se realizaron entrevistas con profesionales de la salud pública de Curitiba/PR, abordando el conocimiento sobre transexuales y travestis, políticas de salud pública para travestis y transexuales, y experiencias de atención. Para el análisis de datos, utilizamos el análisis de prácticas discursivas de profesionales a través de las categorías: aceptabilidad, accesibilidad, calidad y disponibilidad. Se observó que las normas reguladoras de género se centran en la práctica de políticas y el cuidado de las personas transgénero, lo que les dificulta el acceso a los servicios de salud pública.

**Palabras clave:** Travestí; Transexual; Salud; Estigmatización; SUS.

## **Introdução**

Para as pessoas trans – travestis e transexuais homens ou mulheres –, mesmo havendo políticas públicas que busquem garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, os processos de estigmatização e discriminação impossibilitam tal acesso, assim como comprometem a qualidade prestada nesses serviços de saúde (Tagliamento, 2013), conforme verificado em estudos nacionais e internacionais com pessoas trans, que apontam as barreiras e dificuldades relacionadas ao seu acesso à saúde (Albuquerque et al., 2016; Bosse, Nesteby, & Randall, 2015; Radix, Lelutiu-Weinberger, & Gamarel, 2014; Tagliamento, 2013). De acordo com a pesquisa de Mello, Perilo, Braz e Pedrosa (2011) com ativistas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e gestoras dos serviços públicos de saúde, existem problemas estruturais que devem ser superados para que a universalidade dos serviços de saúde de qualidade possa ser assegurada à população brasileira.

Mello et al. (2011), Rocon, Rodrigues, Zamboni e Pedrini (2016), e Vieira, Pereira, Dutra e Cavalcanti (2019) observaram em sua pesquisa que a cultura institucional de discriminação por orientação sexual e de expressões de gênero dificulta a implementação de políticas de saúde para pessoas trans, o que pode estar relacionado com a falta de uma formação específica no tema para as/os profissionais da área da saúde; que, conforme Bosse et al. (2015) e Radix et al. (2014), contribui para o não acesso dessa população ao atendimento. Em um estudo realizado com a população feminina transexual na Argentina (Socias et al., 2014), o alto índice de mulheres transexuais que evitavam procurar o atendimento médico foi relacionado com os processos de estigmatização e discriminação nesses ambientes, resultado que condiz com os encontrados por Kosenko, Rintamaki, Raney e Maness (2013) em pesquisa realizada com 152 pessoas transexuais nos Estados Unidos.

Inversamente ao volume de pesquisas encontradas com pessoas trans sobre os serviços de saúde locais, estão as que abordam as práticas e a compreensão das/os próprias/os profissionais da saúde sobre o tema. Fato importante visto que atualmente, concomitantemente ao aparecimento de políticas públicas para a promoção de saúde das pessoas LGBT, percebe-se uma omissão, tanto dos serviços de saúde quanto da formação profissional, em produzir espaços de conhecimento com as/os profissionais da saúde para uma prática que busque superar abordagens estigmatizantes que inviabilizem o direito à saúde estabelecido constitucionalmente (Moscheta, 2011; Neves, 2019). A pesquisa de

Sehnm, Rodrigues, Lipinski, Vasquez e Schmidt (2017), com profissionais da enfermagem sobre o atendimento a travestis em um município do Rio Grande do Sul, revelou a baixa qualidade do atendimento que foi relacionada à falta de qualificação das/os profissionais diante das demandas apresentadas pelas travestis; ao “acolhimento insuficiente”; ao “desrespeito aos direitos das travestis”; à “falta de vínculo necessário entre profissional de saúde e usuário”; e à “falta de programas e ações que preconizam a promoção, prevenção e monitoramento à saúde das travestis, desestruturando a integralidade da atenção e a equidade das ações em saúde” (p. 1680). Também a pesquisa de Souza (2019), realizada tanto com pessoas trans quanto com profissionais de saúde que trabalham em um ambulatório de saúde integral de travestis e transexuais, refere que, analisando as perspectivas de profissionais de saúde, estas/es compreendem que existem prejuízos no atendimento e acolhimento que relacionam-se à baixa capacitação de profissionais nesta temática.

A pesquisa realizada com 14 profissionais de unidades básicas de saúde de uma capital da região Nordeste apontou que nenhum das/os profissionais teve em sua formação ou posteriormente, capacitação específica em saúde LGBT, e que mesmo na especialização de Saúde Pública realizada por 2 participantes, considerada como a que mais se aproxima da temática, ambos relataram que não houve nenhuma aproximação ou estímulo ao debate sobre humanização no atendimento à pessoas LGBT (Negreiros, Ferreira, Freitas, Pedrosa, & Nascimento, 2019). Segundo a pesquisa, “os médicos participantes declararam também que não realizaram capacitação ou curso sobre a saúde LGBT, tampouco participaram de palestras, simpósios e seminários sobre a temática” (p. 26).

Diversas/os autoras/es (Albuquerque et al., 2016; Mello et al., 2011; Radix et al., 2014; Tagliamento, 2013; entre outras/os) partem de estudos com ênfase nos direitos humanos e ressaltam a necessidade de trabalhos para melhor (in)formação das/os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre as políticas de saúde integral voltadas a essa população, e também para o desenvolvimento de um atendimento humanizado e menos discriminatório.

Conforme encontrado nas pesquisas mencionadas, as situações de discriminação nos serviços de saúde aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento e geram disparidades em saúde, consequências da desigualdade social, o que aumenta as iniquidades na distribuição social do adoecimento. O conceito de vulnerabilidade, para as abordagens

em saúde, situa-se na alçada das perspectivas baseadas nos direitos humanos (Tagliamento, 2013), e a vulnerabilidade da população ao adoecimento é proporcionalmente maior nos segmentos mais atingidos pelos processos de estigmatização e discriminação (Paiva, 2013).

A qualidade nos encontros em saúde, segundo Ayres (2004), é um fator importante para a análise da vulnerabilidade ao adoecimento, e é imprescindível que seja repensada para que as práticas de intervenção e acolhimento sejam satisfatórias, tanto para a/o adoecida/o quanto para as/os profissionais. Conforme o autor, é fundamental que a/o profissional consiga superar o tecnicismo e a postura de um/a “aplicador/a de conhecimentos” ao assistir à saúde alheia e, para tal, é necessário que se assumam uma posição do que o autor vai chamar de “Cuidado” nos encontros de saúde. O Cuidado traz à cena um saber que se diferencia da universalidade da técnica, assim como da ciência por si, visto que

o momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação ‘dessubjetivadora’, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo ‘objeto de intervenção’ que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. (Ayres, 2004, p. 85).

Dessa maneira, o Cuidado transcende o alcance de um estado de saúde e favorece espaços de “genuíno encontro intersubjetivo” (Ayres, 2004). A proposta do autor sobre uma nova prática de Cuidado pressupõe que, assim como na psicologia social construcionista, não ocorra a subtração individual, grupal ou comunitária, mas sim que as pessoas tenham a “última palavra” sobre as suas necessidades e sobre as técnicas em saúde a serem utilizadas em qualquer intervenção (Paiva, 2013).

Para Paiva (2013), o comprometimento assumido pela psicologia social construcionista de abrir “mão de qualquer noção de desenvolvimento psicossocial normal, com sentidos fixos para cada etapa, ou de desenvolvimento psicossocial” (p. 58), é imprescindível para que a intersubjetividade dos encontros em saúde não seja invadida por moralizações e tradições discursivas acerca do “normal” ou “natural” que desconsideram as diferenças, principalmente no campo das sexualidades e expressões/identidades de gênero, e que impossibilitam a inter-relação na dimensão psicossocial do Cuidado, agravando a vulnerabilidade ao adoecimento. Na pesquisa de Negreiros et al. (2019), analisando entrevistas com profissionais de saúde, percebeu-se

que ainda existe uma associação das expressões sexuais e identidades de gênero não hegemônicas como “anormalidades”, que, segundo as/os autoras/es, agravam-se pela desinformação e falta de debate sobre a temática em suas formações.

As reiteraões das normas regulatórias de gênero presentes nas práticas discursivas engendram “verdades” naturalizadas, de maneira que o sujeito em relação a si e anunciado nos discursos está sempre em relação com as práticas sociais que objetivam os sujeitos (Tagliamento, 2013). Assim, Ayres (2004) e Paiva (2013) trazem a possibilidade do Cuidado nas práticas cotidianas de profissionais da saúde como um campo do diálogo, da intersubjetividade e da participação dos indivíduos, que são produtos e produtores de uma construção social em constante movimento inter-relacional.

Nessa perspectiva, uma análise crítica dos serviços de saúde e atendimento à população, com base nos direitos humanos, é permeada por quatro componentes importantes (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012), que são: a disponibilidade dos serviços de saúde; a acessibilidade dos serviços e a não discriminação; a qualidade dos serviços de saúde; e a aceitabilidade – dos valores e tradições pessoais – nos serviços (Gruskin & Tarantola, 2012).

A categoria de análise aceitabilidade refere-se a avaliar se os bens e serviços de saúde estão apropriados culturalmente para o atendimento à população (Gruskin & Tarantola, 2012), assim como a aceitação pessoal das/os profissionais das pessoas trans. Já a acessibilidade corresponde ao alcance das instalações, bens e serviços de saúde à população, livres de discriminação de gênero, condição socioeconômica, local de moradia, etnia, entre outras formas de discriminação (Gruskin & Tarantola, 2012).

A categoria qualidade faz referência às características do atendimento nos serviços de saúde, à qualificação das/os profissionais, assim como à qualidade dos bens (Gruskin & Tarantola, 2012). Segundo Ayres et al. (2012), a qualidade do encontro entre profissionais de saúde e usuárias/os, presente na “dinâmica da vida cotidiana”, é de extrema importância para a redução da vulnerabilidade ao adoecimento, devendo-se priorizar o discurso das experiências nos encontros e vivências para refletir sobre as desigualdades locais. E a disponibilidade “requer que a saúde pública e as instalações, bens e serviços de assistência à saúde, assim como os programas, sejam oferecidos com a máxima disponibilidade de recursos disponíveis aos governos” (Gruskin & Tarantola, 2012, p. 30).

Como destacado por Paiva (2013) e Tagliamento (2013), em consonância com Butler (2016), a precariedade das vidas está não só relacionada a fatores sociais e econômicos, mas também às normas regulatórias de gênero, uma vez que, para as pessoas trans, o risco de violência, assédio e patologização – e suas consequências – é profundamente acentuado. Para Butler (2016), as normas regulatórias de gênero estão profundamente relacionadas à possibilidade de transitar seguramente pela cidade, de poder contar com um reconhecimento das leis e suas/seus operadoras/es, emprego e moradia, e quais pessoas serão discriminadas, marginalizadas e não terão acesso aos benefícios de saúde. Desse modo, considerando que as normas regulatórias de gênero, assim como a repetição e reiteração dos padrões binários de gênero, atravessam as práticas das/os profissionais de saúde e são produtos e produtores de processos de estigmatização e discriminação na vida de pessoas trans, buscamos analisar, a partir das práticas cotidianas das/os profissionais de saúde pública, as barreiras para o acesso dessa população nos espaços de saúde pública.

Para tal análise, levou-se em conta que uma abordagem em saúde baseada em direitos humanos está direcionada ao alcance de melhores resultados para a saúde pública e requer consideração no que tange à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados das ações em saúde em diferentes grupos populacionais (Gruskin & Tarantola, 2012). Segundo esses autores, as categorias supracitadas desdobram-se em implicações concretas e estruturais nos serviços de saúde, como: disponibilidade máxima de recursos; não discriminação de gênero, raça, posição social, ou qualquer outra forma de discriminação reconhecida; disponibilização de serviços culturalmente adequados à população que atende; assim como a garantia de qualidade profissional e científica.

### **Método**

Esta pesquisa adotou o método qualitativo, por possibilitar a exploração em profundidade da perspectiva dos atores sociais sobre suas práticas, abrindo campos de interpretação dos possíveis dilemas e paradigmas enfrentados por estes, acessando não somente as realidades sociais pelas narrativas, mas as elucidando através das experiências pessoais dos atores sociais.

A fim de proporcionar um espaço de reflexão sobre as atuações profissionais, utilizando a linguagem como meio que viabiliza as práticas discursivas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as/os participantes. Foi escolhido trabalhar com esse

tipo de entrevista por este tender a resultar num volume maior, mais denso e profundo de material a ser utilizado para análise. Segundo Spink e Medrado (2013, p. 25), “numa entrevista, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexões, podendo gerar práticas discursivas diversas” e os convidar intermitentemente à produção de sentido. As práticas discursivas remetem a esses momentos de produção de sentido, ou seja, aos momentos ativos da linguagem – a linguagem em ação –, “as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink & Medrado, 2013, p. 26).

As narrativas foram audiogravadas e as/os profissionais voluntárias/os assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O roteiro foi elaborado com perguntas geradoras que buscaram compreender qual o nível de informação/vivência que as/os participantes tinham sobre as pessoas trans, o conhecimento das políticas públicas de saúde do SUS para essa população, a experiência no atendimento, assim como a formação profissional e continuada que tiveram sobre travestilidades e/ou transexualidades.

Participaram da pesquisa um total de 19 profissionais da saúde (15 mulheres cisgêneras – identidade de gênero concordante com o gênero atribuído no nascimento – e 4 homens cisgêneros) de Curitiba/PR, sendo: 4 médicas/os, 3 agentes comunitárias de saúde, 5 auxiliares e/ou técnicas/os de enfermagem, 4 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 técnica de saúde bucal e 1 socorrista do SAMU (Quadro 1). As entrevistas foram realizadas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma central e outra periférica, e em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) periférica.



	Nome <sup>1</sup>	Gênero	Formação	Idade	Função	Tempo na Unidade
UPA periférica	Alice	feminino	Técnico de Enfermagem	44 anos	Auxiliar de enfermagem	1 ano e 3 meses
	Débora	feminino	Técnico de Enfermagem	43 anos	Técnica de enfermagem	3 anos
	Guilherme	masculino	Técnico de Enfermagem	32 anos	Socorrista do SAMU	8 anos
	Márcia	feminino	Enfermagem	55 anos	Enfermeira	5 anos
	Igor	masculino	Gestão Hospitalar e Técnico de Enfermagem	52 anos	Técnico de enfermagem	4 anos
	Alberto	masculino	Medicina/Ginecologia e Obstetrícia	56 anos	Médico emergencista	8 anos
	Nara	feminino	Técnico de Enfermagem	34 anos	Auxiliar e técnica de enfermagem	5 anos
UBS periférica	Marcela	feminino	Técnico em Agente comunitária de saúde	57 anos	Agente comunitária de saúde	6 anos
	Silvia	feminino	Enfermagem	37 anos	Enfermeira	4 anos
	Renata	feminino	Técnico de Enfermagem	41 anos	Auxiliar de enfermagem	6 anos, mudou de unidade e voltou a 5 meses
	Viviane	feminino	Psicologia	53 anos	Psicóloga	15 anos
	Thais	feminino	Auxiliar de saúde bucal	58 anos	Auxiliar de saúde bucal	37 anos
	Elis	feminino	Medicina/Ginecologia	44 anos	Médica da família	9 anos
UBS central	Heloisa	feminino	Enfermagem	37 anos	Enfermeira	4 anos
	Jaime	masculino	Medicina do Trabalho	52 anos	Médico da família	18 anos
	Carolina	feminino	Enfermagem	38 anos	Enfermeira supervisora	7 anos
	Anita	feminino	Técnico de Enfermagem (em curso)	48 anos	Agente comunitária de saúde	16 anos
	Fernanda	feminino	Técnico em Agente comunitária de saúde	36 anos	Agente comunitária de saúde	11 anos
	Lia	feminino	Medicina/Geriatria	36 anos	Médica da família	4 anos

**Quadro 1** – Caracterização das/os profissionais entrevistadas/os.

<sup>1</sup> Para garantir o anonimato das/os participantes, foram utilizados nomes fictícios.

### ***Análise de dados***

Para a análise dos dados coletados, utilizou-se a análise do discurso. Na análise do discurso, segundo a perspectiva de Foucault, deve-se transcender o hábito comum de atribuir significantes ocultos às palavras e seus conteúdos, procurando manter-se na existência deles, ou seja, das coisas ditas, seus enunciados e relações (Fischer, 2001). Assim, analisar o discurso, conforme a definição de Fischer (2001, p. 98), “seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos” e que se materializam nas interações humanas.

Da mesma maneira, a investigação sob a ótica do construcionismo de Gergen traz o foco da análise dos processos subjetivos de conhecimento para o campo das relações (Spink & Frezza, 2013). Para Spink e Frezza (2013), esse posicionamento frente ao conhecimento implica em localizá-lo na esfera da construção social e conjunta, de maneira a desindividualizar os conteúdos narrados ou, nas palavras das autoras, “o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças, e sim algo que constroem juntas. A adoção plena da perspectiva construcionista exige, assim, um esforço de desconstrução de noções profundamente arraigadas na nossa cultura.” (p. 10).

Tal desconstrução, para as autoras, pode ser melhor entendida como “desfamiliarização”, pelo fato de um conhecimento não poder ser “desconstruído”, mas, sim, modificado, em que os conhecimentos anteriores e seus significados são parte de um arsenal histórico com outros já em desuso, agregando novos/outros significados.

Desse modo, a análise se deu a partir da análise das práticas das/os profissionais entrevistadas/os. Para tanto, essas práticas foram divididas primeiramente nas seguintes categorias de análise: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (Gruskin & Tarantola, 2012).

Contudo, por mais que a análise apareça no texto de forma fragmentada, as práticas que definem o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde não acontecem de tal maneira. Por exemplo, quando o nome social não é respeitado nesses ambientes, provoca um afastamento da população, aumentando a vulnerabilidade ao adoecimento. A não garantia do direito de pessoas trans usarem o nome social pode ser um reflexo da não aceitabilidade da política, ou mesmo das identidades de gênero trans, implicando diretamente na acessibilidade dessas pessoas aos serviços. Por esse motivo, optou-se por fazer a divisão das categorias de análise em aceitabilidade e acessibilidade; e qualidade e disponibilidade.

## **Resultados e Discussão**

### ***Aceitabilidade e acessibilidade***

Quando questionadas/os sobre as políticas de saúde para pessoas trans, 12 profissionais afirmaram conhecer a política do uso do nome social nos serviços do SUS, que busca promover um atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminação, e consta na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Ministério da Saúde [MS], 2006).

A identificação das/os usuárias/os dos serviços de saúde é feita pelo Cartão SUS, porém o preenchimento do cartão e sua emissão de modo a ficar impresso apenas o nome social era de conhecimento somente de uma agente comunitária entrevistada, trabalhadora da UBS central e tida como referência na unidade como a mais “amiga” das pessoas trans. A definição “amiga” foi usada de forma humorizada pelas/os entrevistadas/os para se referir a essa profissional que demonstrava mais afetuosidade, paciência e empatia no atendimento a essa população. Goffman (1988) explica o que pode ser chamado de deslizamento do estigma, quando pessoas não estigmatizadas se tornam próximas ou empáticas ao sofrimento causado pela discriminação. Nesse sentido, profissionais da área da saúde, por trabalharem não só com as demandas relativas ao estigma, mas também com as ações da sociedade empreendidas a tais pessoas, podem vir a receber uma parcela de “transferência de estigma”, se demonstrarem demasiada simpatia e atenção, o que pôde ser observado nas entrevistas, quando as/os profissionais referiram-se à profissional citada.

Foi observado o não conhecimento do direito ao uso do nome social por algumas (4) profissionais nas unidades periféricas. As/os profissionais indicaram como uma das barreiras encontradas pelas pessoas trans nos serviços de saúde a efetividade dessa política, e elencaram alguns diversos motivos: (1) por uma não aceitação pessoal da/o profissional; (2) pelo fluxo de atendimento da unidade; e (3) pelas barreiras estruturais dos serviços. Segundo alguns/mas profissionais, a população trans vivencia processos de estigmatização e discriminação pelo não cumprimento da normativa.

Uma enfermeira relatou que a dificuldade na garantia do nome social pode ser um reflexo da não aceitação dessas pessoas: “como tem a homofobia né, de repente, isso é até uma forma de homofobia” (Márcia, Enfermeira), fazendo uma referência à transfobia nos serviços de saúde. Em uma ampla pesquisa (n = 1.498) realizada em Portugal sobre imagens sociais de pessoas LGBTs, Costa, Pereira, Oliveira e Nogueira (2010) abordaram em profundidade a questão da transfobia. Os resultados apontaram que quanto mais

elevado era o grau de escolaridade, diminuía o grau de transfobia, da mesma maneira que o convívio com a diversidade sexual (Costa et al., 2010). Dessa maneira, segundo a pesquisa portuguesa, é menos provável que as pessoas que possuem contato mais próximo com travestis e/ou transexuais apresentem práticas transfóbicas no seu dia a dia, assim como foi observado na análise dos dados nesta pesquisa.

Já em relação à escolaridade influenciar em uma maior ou menor transfobia, nesta pesquisa, diferentemente, verificou-se que as pessoas que demonstraram menos práticas transfóbicas foram as de menor escolaridade (e eram também as pessoas com mais contato com a população), mas esse aspecto não se constituiu como regra, pois discursos transfóbicos apareceram também em falas de profissionais com menor formação (nesse caso, as/os que tinham menos contato). O contato próximo, portanto, com as expressões de gênero plurais demonstrou ser um fator mais importante na redução de estigmatização, discriminação e transfobia, aparecendo como uma lacuna para novas pesquisas nesta temática. Segundo a Organización Panamericana de la Salud (2013), a transfobia em forma de discriminação, violência e perseguição, enfrentadas por pessoas trans, “contribui de forma direta e significativa para sua vulnerabilidade, e cria barreiras para o acesso aos serviços de saúde” (p. 14).

A UPA conta com a disposição de um painel eletrônico na sala de espera. Assim, quando questionadas/os sobre a garantia do uso do nome social no painel eletrônico, somente três profissionais responderam, de maneira distinta, que não há como assegurar a eficácia dessa política nos registros eletrônicos.

O fluxo de atendimento na unidade (2) foi também apontado como uma dificuldade na garantia do nome social, visto que este fica disposto no campo “apelido”, abaixo do nome civil da pessoa. Para as/os profissionais, esta disposição faz com que às vezes elas/es não se “atendem” para o uso deste campo, chamando pelo nome de registro. Entretanto, parte das/os profissionais refere-se à política como efetiva, desde que solicitada pela pessoa no momento do cadastro. As narrativas não apontam um posicionamento contundente das/os profissionais quanto ao uso do nome social, indicando, portanto, práticas discriminatórias e não respeitosas. Porém, as/os profissionais reconhecem que pessoas trans experienciam extrema insatisfação quando esse direito não é aplicado.

A disposição do nome social como “apelido” no cadastro do SUS, assim como seu posicionamento abaixo do nome civil, e o desconhecimento do método de

preenchimento e impressão do Cartão SUS com o nome social parecem ser barreiras estruturais institucionais dos serviços do SUS (3) e do não acesso dessas/es profissionais a informações sobre o sistema de informática e preenchimento de prontuários.

O discurso religioso, historicamente construído em princípios heterossexistas e patriarcais, quando não misóginos, apareceu em algumas narrativas como “algo que fica no caminho” entre o Cuidado – explorado por Ayres (2004) –, a garantia dos direitos da população travesti e transexual e a estigmatização e discriminação, assim como naturaliza valores e justifica concepções fundamentalistas conservadoras. É também um fator importante, visto que foi percebido pelas/os profissionais como uma barreira para o atendimento.

Conforme observado nos discursos das/os profissionais de saúde, o desconhecimento técnico – e perceptível indiferença – das políticas públicas de saúde para pessoas trans, e as barreiras referentes à aceitação, seja das políticas, ou mesmo das pessoas, implicam diretamente na acessibilidade aos serviços de saúde, o que também foi observado na pesquisa de Negreiros et al. (2019). Esses aspectos, assim como as práticas transfóbicas, se dão articuladamente em um continuum relacional, em que a dificuldade de aceitação influencia na qualidade do Cuidado e na disponibilidade dos serviços, precarizando o acesso e o Cuidado. Para dar conta dessa interligação, faremos a análise a seguir das categorias qualidade e disponibilidade.

### ***Qualidade e disponibilidade***

Para as/os profissionais entrevistadas/os, da mesma maneira que o constatado na pesquisa de Sehnem et al. (2017) e de Negreiros et al. (2019) com profissionais de saúde, o maior motivo do afastamento das pessoas trans das unidades de saúde seria o medo que elas/es próprias/os têm de sofrerem discriminação nesses ambientes, assim como acontece no dia a dia dessas pessoas, como no relato de Alberto (Médico da UPA): “Assim, acho que elas mesmas se discriminam, né?... Acho que a sociedade demorou muito tempo pra abrir a consciência pra aceitar esse... esse gênero de transformação, né? Então elas devem se sentir mal, né?”. Mas, conforme a pesquisa de Tagliamento (2013) com mulheres trans, a má qualidade do atendimento, em que as/os profissionais “não a tocavam, não as olhavam, não cuidavam, não se comunicavam... Não abriam espaço para diálogo” (p. 146), é o que faz com que elas deixem de buscar ajuda médica. A dificuldade de estabelecer um vínculo que permita que os atendimentos aconteçam de

maneira humanizada está relacionada ao fato de essas pessoas “excederem as classificações normativas associadas ao gênero e sexualidade presentes em nossa sociedade. Figuras consideradas ‘monstruosas’ e abjetas” (Garcia, 2009, p. 614); sendo que a falta de qualificação das/os profissionais sobre as identidades e expressões de gênero plurais atuam de maneira a perpetuar esse não (re)conhecimento e a estigmatização e discriminação social.

As entrevistas com profissionais de saúde revelaram que, independentemente do curso de formação destas/es, não há uma abordagem sobre gêneros e sexualidades que abra espaços de conhecimento e de reflexão sobre essas vivências, assim como as especificidades que tangem à saúde integral das pessoas trans. Uma pesquisa realizada nas cidades de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo em 2015 com homens transexuais (Souza et al., 2015) apontou, no que tange ao acesso aos serviços de saúde, que este ponto e ainda a “condição patológica em que suas experiências são interpretadas” (p. 108) são os principais fatores que afastam essa população dos serviços de saúde, considerações que vão ao encontro com o que apresentam Filho e Nery (2015).

Nos discursos das/os entrevistadas/os, uma confusão de ideias predomina sobre um (re)conhecimento da pessoa travesti ou transexual, muitas vezes produto da própria limitação em tentar adequar essas vivências no discurso médico de categorias sexuais biológicas e da heteronormatividade. A maior parte das/os profissionais entendia as travestilidades como a pessoa que tem a sua vida “*normal*” durante o dia, de acordo com o gênero atribuído no nascimento e que se “*transveste/fantasia*” do outro “*sexo*” de noite, muitas vezes para trabalhar na prostituição. A descrição das/os profissionais de saúde sobre as travestilidades como a pessoa que se “*transveste/fantasia*” do “*sexo oposto*” é uma herança direta de um movimento histórico de patologização das identidades travestis e transexuais, e insere-se no campo de conhecimento e produção de sentido do “tempo histórico” (Spink & Gimenes, 1994). O entendimento de um conhecimento provenir do “tempo histórico”, pelo uso de repertórios em conformidade ao discurso médico (genótipo/fenótipo), não o redime de estar a todo momento sendo composto e ressignificado no “tempo presente”, através das relações e novas informações/teorias, e, na prática profissional, o encontro com pessoas trans se dá a partir desses sentidos.

O enquadramento das experiências trans em manuais e publicações médicas teve maior alcance a partir de 1954, com os conceitos sobre a transexualidade – nos textos originais “transexualismo” – e sua distinção das travestilidades – “travestismo” –

cunhados pelo endocrinologista Harry Benjamin (Barbosa, 2015). É após esse movimento de “catalogação” das identidades de gênero, enraizada na matriz teórica biomédica de naturalização do gênero como correspondente a uma categoria sexual, que se observa uma inclinação dos saberes médicos para discutir a etiologia dessas subjetividades e a regulamentação dos tratamentos disponíveis. Com a inclusão dos diagnósticos de “travestismo” e “transexualismo” no Código Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), as vivências de travestilidades e transexualidades passaram a ser rotuladas e definidas como “doenças”, passíveis de tratamento e intervenção (Barbosa, 2015; Bento & Pelúcio, 2012).

Alguns/mas dos/as entrevistados/as ainda acresceram a essa (in)definição – neste momento se referindo à orientação sexual – a ideia da possibilidade de escolha:

*Ao meu ver, um... uma pessoa assim, né, gays em gerais... homossexual, em geral, pra mim acho que a grande maioria, não generalizando, não todas, tem essa... essa parte da escolha. Como uma opção. ‘Ah, não quero ser homem. Eu gosto de homem. Vou virar mulher’. Ou ‘vou ser gay’, né, não sendo transexual, travesti, algo assim. (Guilherme, socorrista do SAMU).*

A orientação sexual gay e lésbica apareceu, nos discursos das/os profissionais da saúde, como diretamente vinculada às travestilidades e transexualidades. Para as/os entrevistadas/os, uma identidade ou expressão de gênero que não corresponda às normas regulatórias de gênero e fora dos padrões da heteronormatividade só é concebível quando associada a pessoas que se definem como gays ou lésbicas. Assim, pôde-se verificar também a indicação de que as travestilidades e transexualidades são referidas à orientação sexual pelas/os profissionais como diferentes “graus” de uma mesma experiência, no caso, a homossexualidade.

Quando não relataram uma ausência total de conhecimentos sobre identidade de gênero, contaram terem tido um maior contato – no caso com as travestilidades, segundo os discursos das/os profissionais – quando tiveram estágios em ambulatórios de ISTs/Aids. Ainda assim, esse conhecimento adquirido presente em suas práticas pela abordagem discriminativa, relacionando compulsoriamente as travestis às ISTs/Aids. Conforme a pesquisa de Sehnem et al. (2017, p. 1681), “quando os cuidados dispensados às travestis vão além da dispensação de preservativos e testagem de HIV/Aids, a assistência ofertada pelos profissionais de saúde passa a ser permeada por dúvidas, dificuldades e inconsistências.”

Segundo Ayres et al. (2012), ainda que os estudos epidemiológicos na época da epidemia de HIV/Aids tenham somado importante informação sobre a população mais afetada, agregou considerável estigmatização social, que também é denunciada nos discursos das/os profissionais de saúde entrevistadas/os. Como, por exemplo, na fala de uma profissional da UBS periférica, que acreditava que as/os próprias/os profissionais da saúde rotulavam as pessoas trans já quando chegavam na unidade de saúde, o que foi reafirmado por outra profissional da UPA periférica, que percebia que alguns/algumas profissionais faziam distinção no momento do atendimento a travestis: “*o que as pessoas têm mania de pensar, assim, ‘Ai, então, chegou uma pessoa que é travesti, então vou colocar luva porque pode ser infectocontagiosa’*” (Alice, Auxiliar de enfermagem). A rotulação de pessoas trans em grupos de risco, e o conseqüente agravo na estigmatização sofrida, fez com que esse grupo populacional como um todo fosse desvalorizado e desacreditado socialmente, perpetuando a desigualdade social e as iniquidades em saúde (Parker & Aggleton, 2001).

Esse processo é conservado pela falta de (in)formação e qualificação sobre a pluralidade das vivências de gênero, conforme os relatos de nunca terem recebido convite para educação continuada sobre o tema, ou qualquer material educativo nessa abordagem. Salvo uma entrevistada, que afirmou ter participado de cursos sobre diversidade e outros temas referentes às causas LGBTs realizados por uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a ONG Grupo Dignidade, os quais tiveram, segundo ela, alto índice de aderência das/os profissionais de saúde.

Quando questionadas/os sobre sua opinião a respeito de uma qualificação para profissionais da saúde sobre as temáticas de gênero, sexualidades e políticas públicas de saúde para pessoas trans, das/os 19 profissionais, somente duas argumentaram não achar necessário. Segundo elas, o atendimento dispensado é, ou tem que ser, igual para todas/os. Porém, o restante das/os profissionais respondeu que a qualificação seria importante para a melhoria do atendimento, e que deveria ser oferecido para todas/os as/os profissionais da saúde pública, possibilitando o conhecimento das demandas das pessoas trans, do processo transexualizador e das políticas públicas de saúde para essa população. Questionadas/os sobre quem deveria ministrar para o melhor aproveitamento dessa qualificação, das/os profissionais que responderam, 7 acreditavam que deveria ser com profissionais de saúde e pessoas trans; 3, que seriam profissionais da saúde (médicas/os, psicólogas/os e psiquiatras); 1 achava que deveria ser feita somente por pessoas trans,



para que pudessem falar sobre suas demandas e de como vivenciam os serviços de saúde; e 1 afirmou que a qualificação deveria ser feita com uma pessoa do ativismo LGBT, com bastante experiência, para falar por essa população.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais lançada em 2008, em seu art. 2º, que versa sobre os objetivos específicos da política, determina: “incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde” (MS, 2013, p. 22). Também nos arts. 4º, 5º e 6º, a política responsabiliza os três entes – secretarias municipais, secretarias estaduais e Ministério da Saúde – para a realização de ações e práticas educativas em saúde para a promoção da saúde da população LGBT, assim como para melhorar a visibilidade e o respeito a essas pessoas quando em atendimento na rede do SUS. Porém, nenhum/a das/os profissionais tinha conhecimento dessa política.

A falta de qualificação sobre gêneros e sexualidades na formação regular e na educação continuada faz com que estas/es construam suas próprias interpretações sobre as travestilidades e transexualidades a partir de conceitos construídos intersubjetivamente ao longo de suas trajetórias pessoais e profissionais. As/os entrevistadas/os afirmaram que foi a partir do contato – a maioria profissional – com pessoas trans que tiveram a oportunidade de refletir sobre suas necessidades e vivências.

A inexistência de ações de promoção de saúde específicas para pessoas trans, como de prevenção ao câncer de próstata para travestis e mulheres transexuais, ou de câncer de mama/útero para homens transexuais, foi também relatada por todas/os profissionais. Nesse caso, a entrevista como meio de produção de espaços de reflexão pôde ser bem observada, pelo fato de certas/os profissionais, após responderem sobre a inexistência de ações específicas de cuidado integral da saúde para travestis e transexuais, afirmaram ser uma “boa ideia”.

Ainda sobre as políticas de saúde para pessoas trans, algumas/ns profissionais contaram terem recebido um “*papelzinho*” sobre a existência do ambulatório que atende a pessoas que desejam ingressar no processo transexualizador, mas sem maiores informações sobre os serviços cobertos pelo ambulatório, ou do processo em si. O processo transexualizador passou a ser garantido pelo SUS em 2008 no Brasil, e o ambulatório de Curitiba – Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT) – foi inaugurado em dezembro de 2013. No ano de 2017, o procedimento de

cadastro das/os usuárias/os do processo transexualizador no CPATT sofreu alteração. O que antes era feito internamente passou a ser vinculado ao cadastro da/o usuária/o no SUS. Ou seja, a partir desse ano, a pessoa que desejasse agendar consultas deveria ser encaminhada via unidade de saúde. Assim, conforme relataram as/os profissionais, foi a partir desse “*papelzinho*” informando o novo procedimento de encaminhamento que estas/es tiveram, pela primeira vez, conhecimento da existência do serviço.

Percebe-se pelos discursos das/os profissionais que a garantia do acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, e a de “direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação da comunidade” (MS, 2006, p. 6) não foram observadas nas entrevistas realizadas.

Todas/os profissionais compreendem que a maior discriminação que a população trans sofre dentro dos espaços de saúde advém de outras/os pacientes, ou das próprias pessoas trans. O que pode justificar a narrativa de que “*eles têm pressa*” para serem atendidas/os, mas, ao mesmo tempo, a equipe não busca estratégias para diminuir o desconforto sofrido por elas/es nesses espaços, pois, para as/os profissionais, “*são pessoas como qualquer outra*”, desconsiderando esses processos de estigmatização e discriminação vivenciados nos espaços de saúde. Essa fala sobre “*tratar todo mundo igual*” ou “*pra gente todos os pacientes são iguais*” apareceu em todos os discursos das/os profissionais, simultaneamente às falas de que elas/es não são iguais e dão “*barraco*”. Pelas narrativas, pôde-se notar que, de alguma maneira, as/os profissionais sabiam que o atendimento prestado a pessoas trans era prejudicado pela estigmatização e discriminação presente também nos espaços de saúde.

Segundo as/os profissionais da UPA, onde existiam três leitos em cada enfermaria, sobre a disponibilidade de bens e serviços, ocorre de, às vezes, não conseguirem separar uma enfermaria para população feminina e outra para masculina, configurando quartos mistos com jovens, idosos, mulheres e homens. Conforme afirmou um profissional, existe então uma preocupação sobre onde alocar as pessoas trans. Visto que estas podem receber visitas de namorados(as) e “*constranger os outros pacientes*”, e também pela própria vestimenta, considerada “*inadequada*” para um espaço de saúde. Estas “preocupações” da equipe profissional expressa o quanto as normas regulatórias de gênero, a heteronormatividade e o machismo marcam o dia a dia da população trans, e se naturalizam nas práticas cotidianas das/os profissionais de saúde. Segundo Simpson (2015, p. 13),

mesmo com o trânsito mais assíduo no SUS, a realidade dessa população ainda é cercada de muito estranhamento, seja para ela que precisa dos serviços, seja para os profissionais que, alheios a essas mudanças sociais, não compreendem as especificidades de alguns grupos populacionais.

As práticas cotidianas das/os profissionais de saúde com pessoas trans eram marcadas por esses “estranhamentos” e estavam diretamente relacionadas a maior vulnerabilidade ao adoecimento, afastando a população trans dos serviços de saúde.

### **Considerações Finais**

Grande parte da função da incorporação dos direitos humanos na saúde pública é a de notar sinergias e pontos de conflito entre esses dois campos nas práticas e decisões em saúde (Gruskin & Tarantola, 2012). Para tanto, os discursos das/os profissionais de saúde serviram de material para a análise da coesão ou conflitos nas práticas cotidianas nos serviços de saúde, em relação às políticas públicas de saúde para pessoas trans, que se sustentam na garantia de atendimento integral, universal, equânime e livre de discriminação para todas as pessoas, e na garantia de direitos. Pelas categorias de análise utilizadas, considera-se que, atualmente, as políticas públicas de saúde sobre serviços e atendimento a pessoas trans sofrem prejuízo em todas as quatro – aceitabilidade, acessibilidade, qualidade e disponibilidade –, o que compromete o acesso dessas pessoas à saúde pública.

Pôde-se perceber o quanto as normas regulatórias de gênero estão presentes nos discursos das/os profissionais e constituem-se barreiras para práticas de Cuidado em saúde para a população trans, que não é reconhecida por estas/es com a dignidade nem respeito às suas vivências, em dissonância com as diretrizes nacionais de atendimento em saúde pública. Assim, por conta dessas normas sociais, que produzem e reproduzem as práticas das/os profissionais, o acesso da população trans aos serviços de saúde e, quiçá ao atendimento de qualidade, torna-se completamente comprometido. As normas regulatórias de gênero impactam diretamente nas quatro categorias de análise utilizadas, visto que legitimam um não acesso específico às pessoas trans, perpetuando os processos de estigmatização e discriminação social.

Esta pesquisa considera que, a partir dos discursos das/os profissionais de saúde da cidade de Curitiba/PR, o direito à saúde para pessoas trans não está sendo garantido. Consideramos, portanto, urgente que a precarização das vidas trans, fruto das

desigualdades de um mundo capitalista, machista, racista e misógino, que relega corpos à desumanidade, adoecimento, descaso e morbidade, possa ser substituída por um projeto de promoção de uma vida mais vivível.

### Referências

- Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Quirino, G. S., Alves, M. J. H., Belém, J. M., Figueiredo, F. S. W., ... Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16, 2. <http://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Da doença à cidadania - Livro I* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Barbosa, B. C. (2015). *Imaginando trans: Saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bento, B., & Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: A politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 559-568. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
- Bosse, J. D., Nestey, J. A., & Randall, C. E. (2015). Integrating sexual minority health issues into a health assessment class. *J Prof Nurs*, 31(6), 498-507. <http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.04.007>
- Butler, J. (2016). Corpos que ainda importam. In L. Colling (Org.), *Dissidências sexuais e de gênero* (pp. 19-42). Salvador: EDUFBA.
- Costa, C. G., Pereira, M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2010). Imagens sociais das pessoas LGBT. In C. Nogueira, & J. M. Oliveira (Orgs.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero* (pp. 93-148). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Filho, E. M. A. M., & Nery, J. W. (2015). Trans-homens: A distopia nos tecno-homens. In Ministério da Saúde (MS), *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 25-35). Brasília, DF: MS.
- Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, (114), 197-223.
- Garcia, M. R. V. (2009). Alguns aspectos da construção do gênero entre travestis de baixa renda. *Psicologia USP*, 20(4), 597-618. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642009000400007>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.

- Gruskin, S., & Tarantola, D. (2012). Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Da doença à cidadania - Livro I* (pp. 23-41). Curitiba: Juruá.
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Med Care*, *51*(9), 819-822. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31829fa90d>
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A. de, & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: Em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (9), 7-28. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872011000400002&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&nrm=isso)
- Ministério da Saúde (MS). (2006). *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde (MS). (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF: MS.
- Moscheta, M. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Negreiros, F. R. N., Ferreira, B. O., Freitas, D. N., Pedrosa, J. I. S., & Nascimento, E. F. (2019). Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *43*(1), 23-31. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075>
- Neves, A. L. M. (2019). *"Política é vida": ativismo e política de saúde trans em Manaus (AM)* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Por la salud de las personas trans*. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
- Paiva, V. (2013). A dimensão psicossocial do cuidado. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Entre indivíduos e comunidade - Livro II* (pp. 41-72). Curitiba: Juruá.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Radix, A. E., Lelutiu-Weinberger, C., & Gamarel, K. E. (2014). Satisfaction and healthcare utilization of transgender and gender non-conforming individuals in NYC: A community based participatory study. *LGBT Health*, *1*(4), 302-308. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0042>

- Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517-2525. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
- Sehnm, G. D., Rodrigues, R. L., Lipinski, J. M., Vasquez, M. E. D., & Schmidt, A. (2017). Assistência em saúde às travestis na atenção primária: Do acesso ao atendimento. *Rev enferm UFPE online*, 11(4), 1676-1684.
- Simpson, K. (2015). Transexualidade e travestilidade na saúde. In Ministério da Saúde (MS), *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 9-15). Brasília, DF: MS.
- Socias, M. E., Marshall, B. D., Aristegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*, 13(1), 81. <http://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>
- Souza, E. R. et al. (2015). Transexualidades e saúde no Brasil: *Entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans*. Relatório Técnico – Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Souza, M. S. (2019). *Qualidade da comunicação da equipe de saúde no atendimento à população de travestis e transexuais* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo, São Paulo.
- Spink, M. J. P., & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: A perspectiva da psicologia social. In M. J. P. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (p. 278). Rio de Janeiro, Cortez.
- Spink, M. J. P., & Gimenes, M. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: Apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 149-171. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200008>
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (p. 278). Rio de Janeiro: Cortez.
- Tagliamento, G. (2013). *A arte dos (des)encontros: Mulheres trans e a saúde integral*. Rio de Janeiro: Multifoco.
- Vieira, E. S., Pereira, C. A. S. R., Dutra, C. V., & Cavalcanti, C. S. (2019). Psicologia e políticas de saúde da população trans: encruzilhadas, disputas e porosidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe3), e228504. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228504>

Recebido em: 11/12/2019

Aprovado em: 12/08/2020