

# Barreiras para o acesso à saúde pública da população trans no Brasil: uma revisão narrativa

## *Barriers to public health access for the trans population of Brazil: a narrative review*

Julia Palmieri de Oliveira<sup>1</sup>, Luiza Sviesk Sprung<sup>1</sup>

### Descritores

Serviços de saúde para pessoas transgênero; Travestilidade na saúde; Procedimentos de readequação sexual; Minorias sexuais e de gênero; Saúde coletiva

### Keywords

Health services for transgender persons; Health's travestism; Sex reassignment procedures; Sexual and gender minorities; Collective health

### Submetido:

14/04/2022

### Aceito:

6/09/2022

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Julia Palmieri de Oliveira  
Rua Imaculada Conceição, 1.155,  
Prado Velho, 80215-901, Curitiba, PR,  
Brasil  
juliapalmierideoliveira@gmail.com

### Como citar:

Oliveira JP, Sprung LS. Barreiras para o acesso à saúde pública da população trans no Brasil: uma revisão narrativa. *Femina*. 2022;50(9):560-7.

### RESUMO

O objetivo foi avaliar as barreiras de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela população trans em comparação aos demais usuários. Foi realizada uma revisão narrativa até 20 de janeiro de 2022, nas bases de dados PubMed e SciELO, usando as palavras-chave: “transexual”, “transgênero”, “transexualismo”, “transexualidade” e “travesti” e as palavras “saúde” e “Brasil” ou “SUS”. Selecionaram-se 34 artigos, em português, inglês ou espanhol, de 2008 a 2021. Os principais pontos levantados foram a incompreensão e preconceito dos profissionais de saúde; a patologização da transexualidade; a vulnerabilidade da população à automedicação; a resistência ao uso do nome social e ao pronome correto pelos profissionais de saúde; a centralização regional do processo transsexualizador e sua duração. Portanto, conclui-se que existem diversas dificuldades para o acesso da população trans ao SUS, o que, além de implicar um aumento da vulnerabilidade e exclusão social, revela uma falha no sistema de saúde.

### ABSTRACT

*The objective was to assess the hurdles the trans population had to face when accessing Brazil's Unified Health System (SUS), in comparison to the rest of the users. A narrative review was made up to January 20th, 2022, in PubMed and SciELO database, by using the keywords: “transexual”, “transgender”, “transsexualism”, “transsexuality”, “cross-dresser”, and the words: “health” and “Brazil” or “SUS”, individually. In total, 34 articles in Portuguese, English and Spanish were chosen, from 2008 to 2021. The main remarks were misunderstanding and prejudice coming from health professionals; transsexuality pathologizing; population vulnerability of self-medication; reluctance to use the chosen name or proper pronoun by health professionals; regional centralization and duration of the transitioning process. Therefore, it may be concluded that there are several hardships that the trans population face when accessing SUS, which, besides the increase of vulnerability and social exclusion, reveals a flaw in the health system.*

## INTRODUÇÃO

A cirurgia de afirmação de gênero foi autorizada no Brasil, com caráter experimental, em 1997.<sup>(1)</sup> A partir desse momento, houve maior abertura para discussão entre a sociedade civil, coletivos LGBTQIA+ e o poder público sobre os direitos dessa população, principalmente no que tange à saúde. Como reflexo desse diálogo, em 2008 foi lançado o Processo Transsexualizador no

Sistema Único de Saúde (SUS), para mulheres transgênero, e foi reelaborado em 2013, quando passou a englobar homens transgênero e mulheres travestis,<sup>(2-4)</sup> atendendo aos princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção que regem a instituição.<sup>(5,6)</sup>

O Processo Transexualizador definiu as diretrizes técnicas e éticas para o atendimento da população trans pelo SUS. A discussão norteadora era de que nem todas as pessoas transgênero gostariam necessariamente de se submeter à cirurgia de afirmação de gênero, o que não impediria o fato de almejamem por outras intervenções.<sup>(1,3,6-10)</sup> Por ser pautado enquanto um processo, levou-se em consideração a autonomia da pessoa transfeminina e transmasculina em decidir quais procedimentos desejaria realizar para sua adequação corporal.<sup>(11)</sup> Assim, foram englobados procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos, como prótese de silicone nos seios, eletrólise, redução da cartilagem tireoide, mastectomia e histerectomia, bem como fármacos e hormonioterapias específicas, e assistência psicológica, psiquiátrica e social.<sup>(12)</sup>

Este trabalho tem como objetivo, portanto, entender quais são as barreiras de acesso à saúde pública pela população transgênero, dessa forma, decidimos realizar uma revisão narrativa de modo a explorar as vulnerabilidades que envolvem essa população, quando comparada aos demais usuários do SUS.

## FONTE DOS DADOS

A busca foi feita de 20 de março de 2021 até 20 de janeiro de 2022, nas bases de dados do PubMed e SciELO, nos idiomas português, inglês e espanhol. Tanto no PubMed quanto no SciELO, usaram-se filtros delimitando artigos publicados de 2008 até 2021. No PubMed, buscaram-se as palavras-chave, no idioma inglês: “*transgender*” ou “*transsexualism*” ou “*transvestism*” e as palavras “*health*” e “*Brazil*” ou “*Unified Health System*”, listadas nos Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde. Destarte, na plataforma SciELO, as palavras-chave foram: “transgênero” ou “transsexual” ou “travesti” e as palavras “saúde” e “Brasil” ou “Sistema Único de Saúde”. Nessa plataforma, utilizaram-se como filtro somente as coleções do Brasil e, no “tipo de literatura”, selecionou-se “artigo”.

## SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Os artigos foram selecionados por duas pesquisadoras (JPO e LSS) de forma independente, tendo como critério de inclusão artigos que avaliaram as dificuldades de acesso à saúde pública da população transgênero no Brasil. Artigos que não especificaram a identidade de gênero dos(as) participantes foram excluídos. Quando houve desacordo entre os artigos selecionados, cada um foi debatido levando em conta os critérios de inclusão e de exclusão. Ademais, não foram selecionados artigos que tratavam do contexto de saúde de pessoas

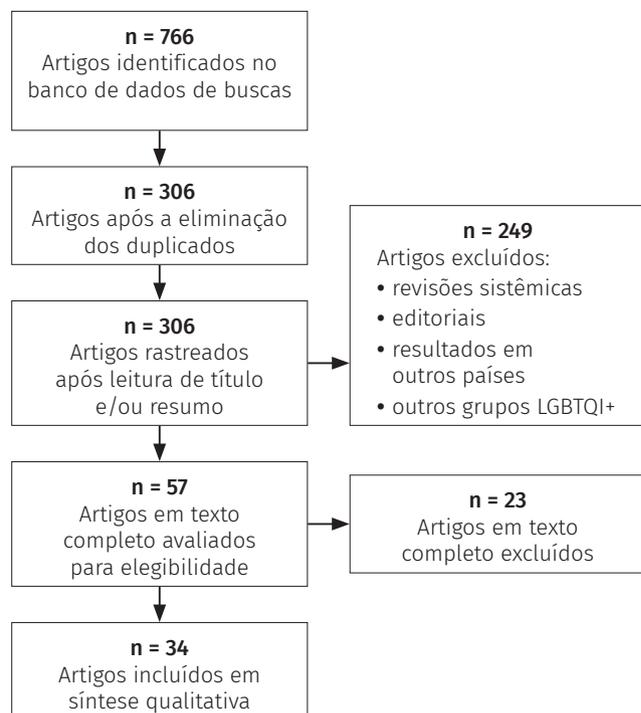
transgênero fora do Brasil. Revisões sistemáticas, com dados já manipulados, e editoriais também foram excluídos.

## COLETA DE DADOS

Um total de 766 artigos foi identificado nas bases de dados e, após serem eliminados os artigos duplicados, 306 artigos foram selecionados para análise dos seus títulos. Desses, 249 foram excluídos por se tratar de revisões sistemáticas, editoriais e informações de outros países e por não serem uma análise específica da população transgênero. Assim, 57 artigos foram selecionados para análise completa, sendo 23 excluídos por não preencherem os critérios de inclusão e 34 foram selecionados para análise qualitativa desta revisão (Figura 1). As informações dos artigos foram compiladas em uma planilha de Excel, contendo as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, tipo de estudo e resultado.

## SÍNTESE DOS DADOS

Os artigos selecionados foram publicados entre 2008 e 2021. Nos seis primeiros anos, 13 artigos foram encontrados – 13 (38). Por outro lado, houve um aumento de 2015 a 2021, totalizando 21 artigos – 21 (61). Dessa forma, é possível indagar que nos últimos anos houve maior abertura científica no que tange ao tema (Quadro 1).



Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.<sup>(13)</sup>

Figura 1. Fluxograma PRISMA (2020) com informações das fases de um artigo de revisão

**Quadro 1. Resultados da pesquisa**

<b>Autor e data</b>	<b>Método</b>	<b>Resultado</b>
Rocon <i>et al.</i> (2018) <sup>(3)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; automedicação da população transgênero; falta de acolhimento; concentração regional no Sul e no Sudeste do processo transexualizador
Bento e Pelúcio (2012) <sup>(14)</sup>	Artigo original	Patologização da transexualidade
Sampaio e Coelho (2012) <sup>(15)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; automedicação da população transgênero; verticalização do atendimento médico; tempo excessivo do processo transexualizador; concentração regional no Sul e no Sudeste do processo transexualizador
Rocon <i>et al.</i> (2019) <sup>(4)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; automedicação da população transgênero; a falta de acolhimento; concentração regional no Sul e no Sudeste do processo transexualizador
Hanauer e Hemmi (2019) <sup>(16)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; automedicação da população transgênero; a falta de acolhimento; tempo excessivo do processo transexualizador
Vieira e Porto (2019) <sup>(9)</sup>	Estudo etnográfico	Patologização da transexualidade; automedicação da população transgênero
Ventura e Schramm (2009) <sup>(17)</sup>	Revisão bibliográfica	Patologização da transexualidade; automedicação da população transgênero
Borba (2016) <sup>(18)</sup>	Estudo etnográfico	Patologização da transexualidade
Gomes <i>et al.</i> (2018) <sup>(19)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; a verticalização do atendimento médico
Almeida e Murta (2013) <sup>(1)</sup>	Revisão bibliográfica	Patologização da transexualidade; a verticalização do atendimento médico
Braz (2019) <sup>(2)</sup>	Estudo etnográfico	Patologização da transexualidade; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; automedicação da população transgênero; a falta de acolhimento; tempo excessivo do processo transexualizador; a verticalização do atendimento médico
Santos <i>et al.</i> (2014) <sup>(5)</sup>	Estudo qualitativo	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde
Arán e Murta (2009) <sup>(6)</sup>	Revisão bibliográfica	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; automedicação da população transgênero
Arán <i>et al.</i> (2009) <sup>(7)</sup>	Revisão bibliográfica	Patologização da transexualidade
Sousa e Iriart (2018) <sup>(8)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; tempo excessivo do processo transexualizador
Costa <i>et al.</i> (2016) <sup>(10)</sup>	Estudo qualitativo	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; a falta de acolhimento
Lionço (2009) <sup>(11)</sup>	Revisão bibliográfica	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; concentração regional no Sul e no Sudeste do processo transexualizador
Diehl <i>et al.</i> (2017) <sup>(12)</sup>	Revisão narrativa de literatura	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; automedicação da população transgênero
Monteiro e Brigeiro (2019) <sup>(20)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde enquanto uma barreira; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; automedicação da população transgênero
Romano (2008) <sup>(21)</sup>	Relato de experiência	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; automedicação da população transgênero; a falta de acolhimento; a verticalização do atendimento médico
Souza e Pereira (2015) <sup>(22)</sup>	Estudo qualitativo	A resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; automedicação da população transgênero

Oliveira e Romanini (2020) <sup>(23)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; automedicação da população transgênero; a falta de acolhimento; a verticalização do atendimento médico
Rocon <i>et al.</i> (2016) <sup>(24)</sup>	Estudo qualitativo	A resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; a falta de acolhimento
Lionço (2008) <sup>(25)</sup>	Revisão bibliográfica	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde
Mello <i>et al.</i> (2011) <sup>(26)</sup>	Estudo qualitativo	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; concentração regional no Sul e no Sudeste do processo transexualizador
Dourado <i>et al.</i> (2016) <sup>(27)</sup>	Estudo quantitativo e qualitativo	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde
Costa <i>et al.</i> (2018) <sup>(28)</sup>	Artigo original	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; automedicação da população transgênero
Freire <i>et al.</i> (2013) <sup>(29)</sup>	Artigo original	Patologização da transexualidade; a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde
Ferreira <i>et al.</i> (2017) <sup>(30)</sup>	Estudo qualitativo	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; automedicação da população transgênero; a falta de acolhimento
Moscheta <i>et al.</i> (2016) <sup>(31)</sup>	Estudo qualitativo	A incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde; a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; a verticalização do atendimento médico
Popadiuk <i>et al.</i> (2017) <sup>(32)</sup>	Estudo qualitativo e quantitativo	A resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome; automedicação da população transgênero; concentração regional no Sul e no Sudeste do processo transexualizador
Borba (2014) <sup>(33)</sup>	Estudo etnográfico	Patologização da transexualidade; a verticalização do atendimento médico
Florêncio <i>et al.</i> (2020) <sup>(34)</sup>	Estudo qualitativo	A falta de acolhimento
Rigolon <i>et al.</i> (2020) <sup>(35)</sup>	Estudo qualitativo	Patologização da transexualidade; a falta de acolhimento

Os principais temas debatidos foram patologização da transexualidade – 20 (59); a incompreensão e o preconceito dos profissionais de saúde – 18 (52); a automedicação da população transgênero – 16 (47); a resistência dos profissionais em usar o nome social e o pronome – 11 (32); a falta de acolhimento – 11 (32); a verticalização do atendimento médico – 8 (23); a concentração regional no Sul e no Sudeste do processo transexualizador – 6 (17); o tempo excessivo do processo transexualizador – 4 (11).

## DISCUSSÃO

Há o reconhecimento de que a legislação e avanços constitucionais contribuíram para que as pessoas transgênero e mulheres travestis tivessem seus direitos reconhecidos depois dessa institucionalização pelo SUS, de acordo com Monteiro e Brigeiro:<sup>(20)</sup> “comparando com as situações de ofensas, humilhações e agressões experimentadas anos atrás no espaço público, suas narrativas tenderam a privilegiar as conquistas do movimento LGBT brasileiro e seus efeitos no sistema de saúde”.

Ainda assim, não é possível verificar o cumprimento efetivo dessa normatização,<sup>(1,20-22)</sup> seja pelo “subfinanciamento do SUS, que impede a sua efetivação como política nacional de saúde” ou pela “resistência de setores sociais conservadores e suas cruzadas morais contra os direitos sexuais e reprodutivos”.<sup>(13)</sup> Diante disso, entre a comunidade LGBTQIA+, a população trans/travesti é uma das mais negligenciadas nos serviços de saúde pública.<sup>(4,14,23-25)</sup>

Nesse contexto, a não compreensão e o preconceito dos profissionais de saúde foram relatados em alguns artigos<sup>(3-6,10-14,20,22,24,19,26-30)</sup> e, de acordo com Dourado *et al.*,<sup>(27)</sup> dizem respeito à dificuldade em entender a narrativa e o modo de vida desses indivíduos, tornando-se uma barreira para os paradigmas de saúde-doença-cuidado. Médicos e médicas podem não ser conscientes de atitudes preconceituosas, possivelmente devido à falta de conhecimento e de treinamento relativamente às necessidades da transgeneridade, perpetuando a transfobia estrutural em um ambiente que deveria ser destinado ao acolhimento desses(as) pacientes.<sup>(10,22)</sup>

Como exemplo desse estigma, tem-se a resistência dos profissionais de saúde em usar o nome social e o não uso do pronome correto ao se dirigir à pessoa.<sup>(2-4,8,13,19,21,23,27,30,31)</sup> Isso é relatado como de grande constrangimento, sendo o nome social, juntamente com seu pronome, extremamente importantes para o reconhecimento da transgeneridade.<sup>(13)</sup> Nesse ponto, é importante frisar que o uso do nome social foi estabelecido enquanto um direito na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2006,<sup>(31)</sup> e reafirmado na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, por meio da Portaria nº 2.836, em 2011.<sup>(23)</sup> Ainda, em 2018, o Superior Tribunal Federal (STF) declarou que o nome e o gênero poderiam ser alterados no registro civil mesmo sem a cirurgia de afirmação de gênero.<sup>(2)</sup>

Para além do nome social, profissionais de saúde não recebem treinamento para prestar o cuidado adequado à população LGBTQIA+, o que faz com que não desempenhem um atendimento integral e satisfatório.<sup>(5,14,19)</sup> Consequentemente, algumas pessoas transfemininas citaram a ausência do exame físico em suas consultas,<sup>(2)</sup> e transmasculinos afirmaram que o(a) médico(a) não soube guiar o atendimento depois de informado o gênero.<sup>(8)</sup> Dessa forma, poderia se solucionar essa questão perguntando-se ao(à) paciente se ele(a) se sente confortável com a avaliação e quais suas necessidades no atendimento, partindo de uma perspectiva horizontal na relação médico-paciente e no cuidado à saúde.<sup>(19)</sup>

Uma das consequências mais imediatas da inacessibilidade do atendimento é que essa população esteja desamparada e se coloque em situações de risco, como o uso de silicone industrial ou de hormônios em excesso sem prescrição médica.<sup>(2-4,6,9,12,13,16,17,20-22,27,29,31,32)</sup> No caso de homens trans, podem-se citar *binders*, para comprimir as mamas; Minoxidil®, medicamento que auxilia o crescimento de barba; e próteses, que permitem urinar em posição ortostática e criar volume na região púbica.<sup>(2,8)</sup> Desse modo, na ânsia de obter medicamentos e assistência quando há uma dificuldade de acesso pelo SUS, muitas vezes eles(as) recorrem a práticas clandestinas para modificação corporal, o que reforça a falha de acesso ao sistema público.<sup>(21,27,29)</sup> Entre essas práticas, transfemininas recorrem a outras mais experientes que realizam modificações corporais, como a aplicação de silicone industrial.<sup>(27,29)</sup> Sem a devida crítica, poderia se afirmar que as complicações desses procedimentos recaem naquelas que os realizam, desconsiderando a falta de acessibilidade pelo SUS como o foco central para que esse contexto se perpetue. Nesse sentido, alguns fatores permeiam esses riscos acatados visando à remodelagem corporal, mesclando sentimentos de desejo, necessidade, sonho e sobrevivência.<sup>(3)</sup>

Ademais, há uma discrepância em relação à perspectiva de quem busca o cuidado e o longo tempo na fila de espera para que a pessoa consiga realizar a cirurgia desejada.<sup>(2,8,16,17)</sup> Nesse ponto, é possível indagar sobre a

relação do tempo institucional de atenção à saúde e o tempo subjetivo de quem cria expectativas em relação a esse momento. Para iniciar o processo pelo SUS, é preciso ter 18 anos para iniciar a hormonização e 21 anos para procedimentos cirúrgicos, além de no mínimo um ano de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, para que então seja emitido um laudo que permita que se inicie o processo.<sup>(1,2,6,8,31)</sup> Somada ao tempo, tem-se também a dificuldade de acesso referente aos locais em que se efetua o Processo Transexualizador, já que este não foi dissipado para todos os estados e regiões do país.<sup>(11,14)</sup> Assim, há desigualdade de acesso em relação às regiões brasileiras, visto que há uma concentração de procedimentos cirúrgicos nas regiões Sul e Sudeste.<sup>(3,4,11,14,16,31)</sup> Isso, além de aumentar o tempo de espera para conseguir atendimento, afeta a quantidade de indivíduos que se beneficiam com o processo.<sup>(1)</sup>

Ainda nesse contexto, a saúde pública falha em atender às necessidades das travestis, que muitas vezes não buscam uma transição de gênero completa e, por isso, precisam de um protocolo diferente do imposto nesse processo.<sup>(7,12)</sup> Desse modo, “diferentemente das transexuais, no entanto, as travestis não afirmam uma identidade feminina estrita”,<sup>(11)</sup> o que faz com que se pautem em maior fluidez de gênero. Foi justamente devido a esse cenário que o Processo Transexualizador foi alterado em 2013, passando a incluir mulheres travestis, e não somente transfemininas, ainda que isso não tenha resolvido essa questão, como afirma Monteiro e Brigeiro (2019).<sup>(20)</sup>

Cabe salientar que a regulamentação do Processo Transexualizador no SUS, além de atender aos interesses das pessoas trans, abriu a possibilidade de que pessoas com trajetória de travestilidade acessem a tecnologias de gênero medicalizadas. Isso tem implicado um conflito entre o sistema de classificação manejado pessoalmente e aquele assumido por profissionais na rotina dos serviços especializados. Os profissionais empregam a concepção de “disforia de gênero” e a categoria transexual para se referir a todos e todas que buscam os serviços. Essa perspectiva, por um lado, é incorporada por algumas entrevistadas às formas de entendimento de sua condição e sua identidade. No entanto, outras questionam e resistem a essas classificações e afirmam que o desejo de cirurgia e hormonização não altera sua condição de travesti, reafirmada ao longo da vida. A análise da relação da medicalização da transição de gênero nos processos classificatórios é um caminho para a compreensão do dinamismo dos usos das categorias identitárias.

Portanto, esse fenômeno demonstra que é preciso reaprender a cuidar da saúde de pessoas transexuais e travestis para além de protocolos universalizantes e de desidentificação.<sup>(9,15,23,26,33)</sup> Nesse contexto, é pertinente entender como a patologização da transexualidade afeta o acesso à saúde.<sup>(1-4,6-9,11,13,15-18,22,25,28,30,32-34)</sup> Em 1994, o termo “transexualismo” foi substituído por “transtorno

de identidade de gênero” no *Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais* (DSM IV).<sup>(5-7)</sup> Então, em 2019, retirou-se da *Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão* (CID-11), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a vivência trans enquanto um transtorno mental, passando a ser categorizada como uma “condição relativa à saúde sexual”.<sup>(2,18,34)</sup> Ainda assim, o Processo Transexualizador do SUS é pautado por um enquadramento da pessoa transexual, transgênero e travesti dentro uma patologia, já que é justamente esse diagnóstico que permite que o paciente possa entrar no Processo Transexualizador.<sup>(1,6)</sup> Sendo assim, “todas as dimensões de cuidado que lhes são ofertadas, sejam os casos de hormonização, cirurgia ou as avaliações clínico-laboratoriais, perpassam a patologização”.<sup>(8)</sup> No CID-11,<sup>(36)</sup> a incongruência de gênero na adolescência ou vida adulta tem como definição:

Incongruência marcante e persistente entre o gênero vivenciado de um indivíduo e o sexo atribuído, o que muitas vezes leva a um desejo de “transição”, a fim de viver e ser aceito enquanto uma pessoa do gênero vivido, por meio de tratamento hormonal, cirurgia ou outros serviços de saúde para alinhar o corpo do indivíduo, tanto quanto desejado e na medida do possível, com o gênero vivenciado. O diagnóstico não pode ser atribuído antes do início da puberdade. O comportamento e as preferências de variante de gênero por si só não são uma base para atribuir o diagnóstico.

Uma das consequências dessa questão é fazer com que a história de cada pessoa transgênero precise se enquadrar em determinados quesitos, como o ano que se descobriu trans, interesses por questões estereotipicamente “de menina” ou “de menino” e formas de se vestir.<sup>(6,7,25,34)</sup> Esses atributos tiram da pessoa aquilo que a individualiza, já que partem do pressuposto de que todas as histórias precisam passar necessariamente pelo mesmo processo, visando a uma “produção de discursos com validade universal, guiada por uma visão mecanicista da dinâmica saúde-doença”<sup>(33)</sup> a fim de se encontrar um diagnóstico. Assim, “ao exigir um diagnóstico no manuseio clínico de pessoas transexuais, esse documento perpetua a crença de que se pode homogeneizar essa experiência”.<sup>(33)</sup> Isso faz com que os profissionais de saúde sejam treinados e guiados para entender e interpretar uma história única, em vez de analisar a pluralidade em que se dá essa questão.<sup>(1,6,15,18,34)</sup> Ou, ainda, faz com que os médicos e as médicas escutem os discursos padronizados, já que a pessoa transgênero “aprende” o que precisa dizer, passando a buscar por incoerências nas experiências relatadas.<sup>(15)</sup> Desse modo, causa-se uma desconfiança mútua entre as partes envolvidas, visto que “profissionais de saúde são vistos como empecilhos para que pessoas transexuais consigam o que querem dos serviços”.<sup>(15)</sup>

É entendível que foi justamente essa patologização que permitiu que essa população fosse atendida pelo SUS e se tornasse mais protegida em relação à automedicação. No entanto, é preciso pensar em estratégias que não tragam em si estigmas inerentes ao processo, já que a falta de acolhimento tem como uma das consequências a desistência do indivíduo de buscar atendimento médico.<sup>(2-4,10,17,18,20,22,23,29,34)</sup> Uma das formas de confrontar essa barreira ao acesso à saúde é guiar-se pelo cuidado e atenção primária centrados no paciente.<sup>(1,15)</sup> Dessa forma, o indivíduo passa a ser o ator principal de sua própria história, tendo suporte para revelá-la ao profissional de saúde de forma autônoma e sem estereótipos.<sup>(1,15)</sup> Essa dinâmica permite que se faça uma decisão compartilhada entre o médico e o paciente,<sup>(2,30)</sup> na qual o indivíduo trans adquire abertura narrativa e centralidade na decisão.<sup>(1,2,16,15,19,20,22,30)</sup> Há respeito, também, pela Política Nacional de Humanização do SUS, que tem como valor central a integralidade do indivíduo, tratando-o como um todo, e não como uma patologia.<sup>(1)</sup> De acordo com Romano,<sup>(21)</sup> “somente por meio do diálogo, estabelecido entre profissionais de saúde e usuários, poderemos produzir transformações nas práticas de saúde”.

A importância dessa mudança de perspectiva transpassa o acesso à saúde em si, pois, como afirma Arán *et al.*,<sup>(7)</sup> “a importância do acesso aos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo de saúde-doença, mas fundamentalmente numa estratégia de construção de si”. Portanto, entende-se que legitimar um discurso é permitir que uma história possa ser contada e construída de forma plena e subjetiva, sem amarras sociais, permitindo que a pessoa tenha, inclusive, sua existência legitimada.

Nesse sentido, a promoção da saúde e seu caráter preventivo tem um papel fundamental como “estratégia de captação e acolhimento, em consonância com a proposta de um trabalho voltado para as necessidades de saúde das pessoas, promovendo, assim, o estabelecimento e manutenção do vínculo entre os profissionais da equipe e as travestis”,<sup>(20)</sup> o que também vale para mulheres e homens trans. Dessa forma, o acolhimento e o cuidado desempenhados por esses profissionais têm uma importante função na impressão que deixam em relação ao SUS, sendo, portanto, fundamentais para o estabelecimento do acesso à saúde.

## CONCLUSÃO

O Processo Transexualizador notavelmente demonstra avanços nacionais perante os direitos das pessoas trans e travestis. Poder fazer o processo de transição de forma gratuita e tendo um acompanhamento multidisciplinar corresponde a uma diminuição na vulnerabilidade e exclusão social que envolvem essa população. No entanto, alguns anos após a implementação desse programa, é possível identificar pontos a serem aprimorados, a fim de atender melhor o grupo em questão

e cumprir com os princípios de integridade, inclusão social, sensibilidade à diversidade e comprometimento com desigualdades sociais do SUS. Esse aprimoramento é fundamental para que se quebrem barreiras em relação ao acesso à saúde dessa comunidade. Entre esses pontos de melhora, pode-se ressaltar a falta de experiência dos(as) profissionais de saúde e seus preconceitos, os quais impedem que pessoas trans e travestis se sintam à vontade para buscar auxílio na saúde pública e sintam segurança de que serão tratados(as) com respeito e dignidade. Ademais, também é possível citar o tempo até que o processo se efetue na prática, tanto pela demora pelo diagnóstico quanto pela fila de espera depois que esse é dado. É possível citar, inclusive, como uma visão heterocisnormativa dos profissionais de saúde espera que exista uma pessoa verdadeiramente trans, silenciando as narrativas individuais e a subjetividade do processo de cada pessoa. Ainda nessa perspectiva, foi possível verificar que a patologização da transexualidade culmina em uma visão fixa de saúde-doença, impedindo que se dê voz à pessoa trans e travesti no sentido de narrar de forma plural sua história, visto que a necessidade de um diagnóstico para participar do processo faz com que precise citar determinados quesitos a fim de ser aceita. Conclui-se, portanto, que o Processo Transexualizador do SUS deve-se pautar pelo cuidado em saúde centrado no paciente, para que a decisão de participar do processo e os procedimentos escolhidos pelo paciente sejam feitos de forma compartilhada entre o profissional de saúde e a pessoa trans. Isso permite que a pluralidade da transgeneridade seja levada em consideração, além de aumentar a autonomia do indivíduo, indo ao encontro, dessa forma, com a filosofia e os princípios defendidos pelo SUS. Por fim, essa mudança de perspectiva não só melhora o acesso ao sistema de saúde, como permite que a narrativa de cada pessoa trans seja respeitada, passando a ter uma legitimação de sua existência, mais digna e inclusiva.

## REFERÊNCIAS

- Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2013;(14):380-407. doi: 10.1590/S1984-64872013000200017
- Braz C. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00110518. doi: 10.1590/0102-311X00110518
- Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, Roseiro MC. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface*. 2018;22(64):43-53. doi: 10.1590/1807-57622016.0712
- Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, Barros ME, Wandekoken KD. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface*. 2019;23:e180633. doi:10.1590/Interface.180633
- Santos AB, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4545-54. doi: 10.1590/1413-812320141911.15702013
- Arân M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*. 2009;19(1):15-41. doi: 10.1590/S0103-73312009000100003
- Arân M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1141-9. doi: 10.1590/S1413-81232009000400020
- Sousa D, Iriart J. "Viver dignamente": necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(10):1-11. doi: 10.1590/0102-311X00036318
- Vieira C, Porto RM. "Fazer emergir o masculino": noções de "terapia" e patologização na harmonização de homens trans. *Cad Pagu*. 2019;(55):e195516. doi: 10.1590/18094449201900550016
- Costa AB, Pase PF, Camargo ES, Guarânia C, Caetano AH, Kveller D, et al. Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population. *J Health Psychol*. 2016;21(3):356-68. doi: 10.1177/1359105316628748
- Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Rev Saúde Coletiva*. 2009;19(1):43-63. doi: 10.1590/S0103-73312009000100004
- Diehl A, Vieira DL, Zaneti MM, Fanganiello A, Sharan P, Robles R, et al. Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomena in Brazil, India and Mexico: travestis, hijras and muxes. *Int J Soc Psychol*. 2017;63(5):389-99. doi: 10.1177/0020764017706989
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev Estud Femin*. 2012;20(2):569-81. doi: 10.1590/S0104-026X2012000200017
- Sampaio LL, Coelho MT. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):637-49. doi: 10.1590/S1414-32832012000300005
- Hanauer OF, Hemmi AP. Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero. *Saúde Debate*. 2019;43(Spe 8):91-106. doi: 10.1590/0103-11042019S807
- Ventura M, Schramm FR. Limites e possibilidades: do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis*. 2009;19(1):65-93. doi: 10.1590/S0103-73312009000100005
- Borba R. Receita para se tornar um "transexual verdadeiro": discurso, interação e (des)identificação no processo transexualizador. *Trab Ling Aplic*. 2016;44(1):33-75.
- Gomes SM, Sousa LM, Vasconcelos TM, Nagashima AM. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde Soc*. 2018;27(4):1120-33. doi: 10.1590/S0104-12902018180393
- Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00111318. doi: 10.1590/0102-311X00111318
- Romano VF. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde Soc*. 2008;17(2):211-9. doi: 10.1590/S0104-12902008000200019
- Souza MH, Pereira PP. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):146-53. doi: 10.1590/0104-07072015001920013
- Oliveira I, Romanini M. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. *Saúde Soc*. 2020;29(1):e170961. doi: 10.1590/S0104-12902020170961
- Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(8):2517-25. doi: 10.1590/1413-81232015218.14362015
- Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc*. 2008;17(2):11-21. doi: 10.1590/S0104-12902008000200003

26. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2011;(9):7-28. doi: 10.1590/S1984-64872011000400002
27. Dourado I, Silva LA, Magno L, Lopes M, Cerqueira C, Prates A, et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00180415. doi: 10.1590/0102-311X00181415
28. Costa AB, Rosa Filho HT, Pase PF, Fontanari AM, Catelan RF, Mueller A, et al. Healthcare needs of and access Barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(1):115-23. doi: 10.1007/s10903-016-0527-7
29. Freire EC, Araujo FC, Souza AC, Marques D. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transexuais e transgêneros. *Saúde Debate*. 2013;37(98):477-84.
30. Ferreira BO, Nascimento EF, Pedrosa JI, Monte LM. Vivências de travestis: no acesso ao SUS. *Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(4):1023-38. doi: 10.1590/S0103-73312017000400009
31. Moscheta MS, Souza LV, Santos MA. Health care provision in Brazil: a dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. *J Health Psychol*. 2016;21(3):369-78. doi: 10.1177/1359105316628749
32. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(5):1509-20. doi: 10.1590/1413-81232017225.32782016
33. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2014;19(1):66-97.
34. Florêncio LL, Souza KR, Oliveira EC, Cabral J, Silva FP, Silva RA, et al. Therapeutic itinerary of transsexual people in light of human rights. *Nurs Ethics*. 2020;28(5):704-13. doi: 10.1177/0969733020968864
35. Rigolon M, Carlos DM, Oliveira WA, Salim NR. "Health does not discuss trans bodies": oral history of transsexuals and transvestites. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 Suppl 6:e20190228. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0228
36. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019.