

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA - FOA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UniFOA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SAMARA FERREIRA DA SILVA

Sam Lucas Ferreira da Silva

**VOLTA REDONDA**

**2021**

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA - FOA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UniFOA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

População transexual e serviços de saúde: preconceitos e  
dificuldade de acesso

Trabalho de conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social à Banca Examinadora do Centro Universitário de Volta Redonda, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Aurélio Ramalho Gandra.

**Volta Redonda**

**2021**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família, por todo amor, carinho e paciência que foram essenciais para esta fase de crescimento e aprendizagem. Aos meus amigos, que durante minha jornada se tornaram uma segunda família, que fizeram destes anos os melhores e mais prazerosos de minha vida, que estiveram ao meu lado do primeiro dia ao último. E àqueles que continuarão ao meu lado vida afora, que me deram suporte em cada passo e que me ajudaram a continuar em frente apesar de todas as pedras no meio do caminho.

Agradecimento ao CCLGBT do Médio Paraíba, Volta Redonda sem Homofobia, a Casa da Criança e Adolescente, e ao Fórum Juventude Sul Fluminense em Ação pelas oportunidades de vivenciar as experiências dentro das políticas sociais da região.

Aos meus professores, profissionais imprescindíveis à minha formação acadêmica e seres humanos indispensáveis para a construção de meu caráter.

À instituição, que me proporcionou toda a estrutura necessária para esta travessia. Agradeço a todos os envolvidos na realização deste trabalho de forma direta ou indireta, em especial meu orientador Professor Marcos, popularmente conhecido como “Mineiro” pela dedicação para com a realização deste trabalho.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Aluno: Samara Ferreira da Silva

Título: População transexual e serviços de saúde: preconceitos e  
dificuldade de acesso

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aurelio Ramalho Gandra

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Marcos Aurelio Ramalho Gandra

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Monica Santos Barison

---

Prof. Esp. Ailton da Silva Carvalho

## RESUMO

O presente trabalho objetiva demonstrar a dificuldade de acesso da população transsexual ao acessar as políticas de saúde previstos constitucionalmente, uma vez que tem sido negligenciada. A discussão justifica-se pela situação de risco em que os transexuais se encontram hoje no Brasil, com pesquisas que apontam ser o país que mais mata essa parcela da população. Primeiramente, analisa-se o contexto e as categorias, classificando cada nomenclatura inserida no cotidiano dessa população, e se levanta um debate sobre os conceitos de gênero e sexualidade. Em seguida, aborda-se sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Serviço Social, em busca de espaço para reivindicação de direitos aos transexuais. Por fim, o texto pontua os direitos dos indivíduos trans à não patologização, e elabora-se um debate sobre as dificuldades de acesso da transexualidade e como ela é entendida em seu viés patológico. Partindo de uma abordagem social crítica, de caráter qualitativo, com referencial marxista, empregado o método dedutivo, lançando-se mão de sólida fundamentação teórica, pautada em pesquisa bibliográfica multidisciplinar, bem como em consultas à jurisprudência brasileira sobre o tema analisado e outros correlatos, visando a uma adequada formulação, desenvolvimento e conclusão dos pontos a serem abordados.

**Palavras-chaves:** Serviço Social; Saúde, LGBTQIA+, Transexual.

## ABSTRACT

The work presented here has the goal of showing the difficulties of the transsexual population accessing the health policies assured constitutionally, once that has been neglected. The discussion is justified by the situation of risk in which transsexual people find themselves currently in Brazil, with research that points out the country as being the one that kills this portion of the population the most. Firstly, the context and categories are analysed, classifying every nomenclature inserted in the day to day of this population, and a debate is brought up about the concepts of gender and sexuality. Next in the discussion the Sistema Único de Saúde (SUS) and the Social Service are approached in a search of space for claiming transsexual rights. Finally, the text indicates trans individuals' rights not to be pathologized, and a debate about the difficulties of access to transsexuality and how it is understood in it's pathological view is elaborated. Starting from a critical social approach of a qualitative nature with a Marxist reference and a deductive method applied, presenting firm theoretical foundation, based on multidisciplinary bibliographic research, as in consultations to the Brazilian jurisprudence on the subject analyzed and other related subjects, aiming for an adequate formulation, development and conclusion of the points to be approached.

**Keywords:** Social Service, Health, LGBTQIA+, Transsexual.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	Página 8
<b>CAPÍTULO 1 - O QUE É TRANSSEXUALIDADE</b>	
1.1 - CORPO E GÊNERO .....	Página 11
1.2 - IDENTIDADE E SEXUALIDADE .....	Página 13
1.3 - TERMOS E CATEGORIAS.....	Página 15
1.4 - A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA TRANSEXUALIDADE.....	Página 18
<b>CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS DE SAÚDE</b>	
2.1 - ESTRUTURAÇÃO DO SUS.....	Página 24
2.2 - SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	Página 28
2.3 – SERVIÇO SOCIAL E A POPULAÇÃO TRANS.....	Página 35
<b>CAPITULO 3 – RELAÇÃO ENTRE O SOCIAL E A SAÚDE.</b>	
3.1 - AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL.....	Página 38
3.2 - A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL .....	Página 44
3.3 - CONFLITOS COM O SISTEMA DE SAÚDE .....	Página 47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	Página 52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	Página 58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CFM - Conselho Federal de Medicina;
- CID-10 - Código Internacional de Doenças (10ª Edição);
- CNS - Conselho Nacional de Saúde;
- HBGDA - Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association;
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- LGBTQIA - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais Queers, Intersexual e Assexual;
- OMS - Organização Mundial da Saúde;
- ONG - Organização Não Governamental;
- SUS - Sistema Único de Saúde;
- TRANS - Transexuais e Transgêneros;

## INTRODUÇÃO

Ao observar a falta de debates a respeito da realidade vivenciada da população transexual no seu acesso à saúde, nota-se a falta de uma abordagem social, que os invisibiliza na sociedade, nas políticas de saúde, e nos levantamentos de dados sobre suas demandas. Assim, a falta desses dados desenvolve uma impressão de que as diferenças não existem, mascarando e reforçando as desigualdades em nome de uma norma social. Pois o sistema de saúde público ainda tende a considerar a condição desta população como uma anormalidade, colocando em pauta somente a demanda por redesignação sexual e infecções sexuais, restringindo todas as outras complexidades que um indivíduo transexual pode demandar na saúde. Portanto, essa pesquisa propõe problematizar a relação dessa população tão invisibilizada com o acesso às políticas de saúde, com o intuito de questionar as condições e formas em que se dá esse acesso, bem como problematizar as consequências inerentes a estas condições e formas que derivam das tensões durante os atendimentos.

Ao desenvolver um estigma que afeta diversos níveis da vida desses indivíduos, reforçando sua condição de exclusão social, e afastamento das políticas, é relevante entender a questão do preconceito perante sua identidade de gênero. Observando as dificuldades e discutindo sobre os dilemas vivenciados pela população Trans, e buscando entender as questões que envolvem esse público, e o impacto que isso gera em suas vidas, já que pesquisas envolvendo essa população na maioria dos casos são incompletas ou até nulas.

Com tal lacuna, contribui-se para desenvolver um estigma que afeta na vida desses indivíduos, reforçando sua condição de exclusão social e de afastamento das políticas públicas de saúde. A expansão da rede de saúde com serviços dirigidos à população trans, e a construção de políticas que atendam suas demandas, são tarefas inadiáveis. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem desenhada a proposição de políticas para as populações sexualmente estigmatizadas, e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs, (BRASIL, 2010a) tem como proposta assegurar o direito à saúde até então “negado” aos sujeitos que resistem de algum modo ao padrão heterossexual. O combate ao preconceito e à discriminação são temáticas constantes nesse documento.

A agenda de direitos de cidadania para esse segmento inclui demandas por uma atenção integral e acesso aos serviços de saúde livre de discriminação. Pensando nisso, deve-se refletir se os profissionais atuam conforme seus princípios éticos no âmbito dos serviços de saúde, assumindo o pressuposto de que as demandas de acesso não se reduzem apenas à questão exclusiva de atendimento médico-cirúrgico. Como por exemplo, a necessidade do uso do nome social nas unidades de saúde como uma estratégia de promoção de acesso aos serviços. Assim, a humanização e qualificação da atenção em saúde é fundamental para o combate à discriminação e ao acolhimento do sofrimento que muitas transexuais vivenciam. A população trans sofre para ser atendida, mesmo com uma política específica de saúde para pessoas LGBTQIA+.

A transexualidade está além dos conceitos da Medicina, da Biologia e do padrão social. Pode-se entender por uma percepção histórica e social, construída com o passar dos anos, que permite que os transexuais possam ter um pouco mais de visibilidade. Entretanto, apesar do Brasil possuir um forte movimento de visibilidade para transexuais, ainda caminha em passos lentos no que diz respeito à criação de uma legislação voltada à dignidade e à proteção. As políticas voltadas à transexualidade necessitam de leis e políticas públicas, que garantam de forma integral a sua inclusão social e os direitos fundamentais, e o direito de ser livre e expressar-se de acordo com sua identidade de gênero. Dado que é obrigação do Estado combater a discriminação da transexualidade utilizar-se de todos os meios possíveis, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida ao cidadão transexual, que hoje é tão marginalizado.

É fundamental considerar a importância de fomentar um campo de reflexão sobre a saúde da população trans, a fim de promover um deslocamento que permita aos serviços de assistência a pacientes transexuais acolher integralmente esses indivíduos, valorizando sua diversidade e sem estar fixados apenas na exigência institucional de confirmação do diagnóstico. Considerando a complexidade que envolve compreender a condição transexual, colocando em pauta o diagnóstico de forma legítima, em relação a demanda apresentada pela população. Onde assim, a possibilitar-se o acesso aos serviços de saúde, também pode se desvelar as restrições sociais e estigmas que afetam diversos níveis da vida desses indivíduos, reforçando sua condição de exclusão social.

No Brasil, a luta por espaço e visibilidade da população transexual se inicia com a luta contra o preconceito e a marginalização do indivíduo que desafia as normas de gênero. A vulnerabilidade, derivada da falta de aceitação, afeta a vida do indivíduo, de forma que se sinta incapaz de se inserir no meio social e, principalmente, por ser uma população que tem dificuldade de acessar um trabalho digno, segurança e nem humanidade. A partir do momento em que um indivíduo se relaciona em uma sociedade, ele acaba demandando políticas que visam suprimir desigualdades, principalmente no que diz respeito ao direito à saúde. Aos poucos, movimentos surgem para organizar e unir as forças deste segmento, em resposta à violência policial e ao vírus HIV que atingiu boa parte dos transexuais e travestis que só tinham a venda do próprio corpo como subsistência e a drogadição como tentativa de fuga.

A elaboração de uma trajetória a respeito do histórico e os conceitos que acercam a transexualidade, e a distinção entre sexo e gênero, permite servir de respaldo para que se inicie o entendimento em um ponto de vista médico e, depois, do ponto de vista social. E, ainda, a visão geral de saúde e do Serviço Social, acerca dos direitos LGBTQIA+ em suas origens, fortalece o entendimento da discriminação interna que ocorreu e que, para alguns, ainda ocorre. Assim, construindo uma noção mais ampla das expressões da questão social vivenciadas pela população transexual, onde os agentes de saúde são condicionados a entender a transexualidade como doença e como objeto.

## **CAPÍTULO 1 - O QUE É TRANSEXUALIDADE**

### **1.1 CORPO E GÊNERO**

O campo de estudos que hoje chamamos no Brasil de gênero ou relações de gênero, surgem nos anos 1970/1980 em torno da problemática da condição feminina. Inicialmente se pensava que havia um problema da mulher que deveria ser pensado unicamente pelas mulheres, reflexo de uma das práticas do movimento feminista. Onde necessariamente precisa-se debater a situação da mulher na sociedade de classes, com a preocupação de estudar a opressão da mulher nas sociedades patriarcais.

A complexidade do conceito de gênero merece inicialmente uma ponderação, apresentada por Heleieth I. B. Saffiotti (2001, p. 129): A perspectiva feminista toma o gênero como categoria histórica, portanto substantiva, e também como categoria analítica, por conseguinte, adjetiva. Não existe “um” modelo de análise feminista. Rigorosamente, o único consenso existente sobre o conceito de gênero reside no fato de que se trata de uma modelagem social, estatisticamente, mas não necessariamente, referida ao sexo. Vale dizer que o gênero pode ser construído independentemente do sexo. O consenso, entretanto, termina aí.

[...] as concepções modernas do gênero nas sociedades ocidentais, têm raízes em Simone Beauvoir e a sua obra *O Segundo Sexo*. Considerada como o marco inicial da segunda onda do feminismo, o livro em comento inaugura as discussões em torno das desigualdades construídas em decorrência das diferenças entre os sexos e a relação de submissão existente entre eles. Santana (2016, p.17).

Devemos pensar nas relações de gênero e a forma que são construídas socialmente. Já que, para tornar-se homem ou mulher é preciso submeter-se a um processo que chamamos de socialização de gênero, baseado nas expectativas que a cultura de uma sociedade tem em relação a cada sexo. Segundo Beauvoir (2016, p.14-16). Assim, ao nascer, uma pessoa deve ter uma determinada conduta e seguir normas e comportamentos “aceitáveis” de acordo com seu gênero. Com isso, gênero pode ser definido, no conceito tradicional, como aquilo que

identifica e diferencia os homens e as mulheres, ou seja, o gênero masculino e o gênero feminino. O sexo é uma categoria que ilustra a diferenciação biológica entre macho e fêmea, entre homens e mulheres. Sendo assim, o sexo e o gênero são respectivamente construções biológica e social que distinguem o feminino do masculino.

Como a Antropologia Feminista tem mostrado, essa explicação da ordem natural não passa de uma formulação ideológica que serve para justificar os comportamentos sociais de homens e mulheres em determinada sociedade. No caso das sociedades ocidentais, a biologia é uma explicação de grande peso ideológico, pois aprendemos que ela é uma ciência e que, portanto, tem valor de verdade. (GROSSI, 1998, p. 4)

A identidade de gênero consiste no modo como determinado indivíduo se identifica na sociedade, com base no papel social do gênero e no sentimento individual de identidade da pessoa. A partir do ponto de vista das Ciências Sociais e da Psicologia, principalmente, é entendido como aquilo que diferencia socialmente as pessoas, levando em consideração os padrões histórico-culturais atribuídos para os homens, mulheres e afins. Grossi (2014, p. 12) classifica os papéis do gênero como um produto histórico-cultural e político inserido no sistema capitalista eurocentrado, que foi definido ao longo dos anos e pautado por uma perspectiva de sociedade patriarcal e heteronormativa marcadas por questões específicas na forma como os sujeitos se sentem, se identificam e se situam no mundo. De uma forma simplificada, diria que sexo é uma categoria que ilustra a diferença biológica entre homens e mulheres; que gênero é um conceito que remete à construção cultural coletiva dos atributos de masculinidade e feminilidade.

A expressão de gênero, é um conjunto de vestimentas, acessórios, modificações corporais, comportamentos por quais uma pessoa exterioriza a sua identidade de gênero. A grosso modo, é o papel que o indivíduo demonstra para o outro, sendo aquilo que ele "parece ser". Permitindo que os indivíduos performem aparências mais feminilizadas, ou masculinizadas, até os que não se limitam a exclusivamente ou totalmente feminina, exclusivamente ou totalmente masculina, como expressões ambíguas, neutras, agêneras, múltiplas, parciais etc. Segundo Jesus (2012, p. 11) decorrente da crença de que o “natural” é que o gênero atribuído ao nascimento, espera-se que elas se comportem de acordo com o

que se julga ser o “adequado” para esse ou aquele gênero. Estando relacionada à localização do sujeito na cultura determinada, na medida em que o masculino e feminino dispõem de territorialidades no espaço social, marcadas por questões específicas na forma como os sujeitos se sentem, se identificam e se situam no mundo.

Robert Connell (1995, p. 171-186), pela proposição de arranjos múltiplos de gênero em uma diversidade de masculinidades e feminilidades e seu conceito de masculinidade hegemônica, ainda que não se pode utilizar gênero como sinônimo de mulheres e homens. Há sujeitos e há significados. Não são, entretanto, significados neutros do ponto de vista do poder, visto expressarem desigualdades sociais entre seres humanos, seja entre homens e mulheres, entre homens e homens, e entre mulheres e mulheres. Utilizaremos gênero(s) como construções simbólicas de feminilidades e masculinidades, vistos em relação ou separadamente, e relações de gênero, quando nos referirmos às relações sociais mediadas pelos significados de gênero, quer sejam elas relações entre homens e mulheres, mulheres e mulheres ou homens e homens.

## **1.2 IDENTIDADE E SEXUALIDADE**

Já vimos que a separação entre gênero e sexualidade só faz sentido para explicar, de modo didático, essas duas dimensões de nossas identidades. Nas nossas vidas concretas, nossos gêneros são sexualizados e nossos sexos são generificados. Mas isso não quer dizer, ao mesmo tempo, que gênero e sexo ou sexualidade são sinônimos, que é tudo a mesma coisa. A sexualidade diz mais respeito às práticas sexuais das pessoas e a como essas pessoas se identificam em relação a essas suas práticas sexuais. Na definição da sexualidade, por definição de Foucault (1988, p. 115), como uma grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder.

A sexualidade, conceito contemporâneo, define a atividade sexual experienciada pelos humanos, as dimensões sentimentais e a relação dos indivíduos com seus objetos de desejo (GROSSI, 1998, p.12).

A pessoa homossexual, que vem do prefixo latim “homo”, que designa aquele que pratica sexo com uma pessoa do mesmo sexo/gênero e se identifica socialmente como homossexual, assim, homens homossexuais, na maioria das vezes, se identificam como gays e as mulheres como lésbicas. Já na bissexualidade, do prefixo latim “bi”, que designa a “dois”, se sujeita a pessoa pratica sexo tanto com pessoas do mesmo sexo/gênero ou um outro gênero. A palavra pansexual deriva do prefixo grego “pan”, que significa “tudo”. Pansexualidade é a atração sexual ou afetiva por uma pessoa independentemente de sua identidade de gênero ou sexo. E o assexual, do prefixo grego “a”, que designa ausência de algo, é uma das categorias emergentes nos últimos anos, que designa pessoas que não possuem interesse sexual pelas outras, que pode ou não vir acompanhada de um desinteresse afetivo/amoroso.

Compreendemos orientação sexual como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. 2) compreendemos identidade de gênero a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. (Yogykarta, 2007, p.7-8)

(Butler, 2003 p. 232) aponta que existem diversas orientações sexuais e identidades de gênero com as quais uma pessoa pode vir a se identificar. Nesse processo de identificação não existe apenas um fator ou ator social que influencia as pessoas. Deve-se pensar também sobre a relação da imposição de um comportamento heterossexual, ou seja, pessoas que sentem atração pelo sexo oposto visto como um padrão a ser seguido na sociedade. E ao produzir esse padrão, automaticamente exclui aqueles que não se encaixam nessa norma, e os colocam como “não naturais”. Permitindo assim, a produção e a reprodução de um sistema de opressão, onde os indivíduos acabam se vendo obrigados a se encaixar e se reprimir para serem aceitos ou não sofrer violência. E isso é um reflexo de um sistema patriarcal vigente

do sistema capitalista, que visa a hierarquização daqueles vistos como “apropriados” sobre aqueles que são “inapropriados”.

Segundo Bento (2008, p. 51) a heteronormatividade é a capacidade de a heterossexualidade ser vista como a norma, lei que estabelece que não pode haver vida fora da sua forma. “Reproduzir a heterossexualidade consiste em cultivar corpos em sexos diferentes com aparências ‘naturais’ e disposições heterossexuais naturais”. A disseminação desse padrão heterossexual, confunde-se o gênero e orientação sexual, com isso transexuais, homossexuais e bissexuais são anulados. Pois com isso, acredita-se que se o indivíduo não se identifica com o gênero estabelecido pelo seu corpo, ele automaticamente sentirá atração sexual por pessoas do sexo oposto do gênero que ele se identifica. Gênero se refere à forma como a pessoa se reconhece, homem ou mulher, orientação sexual, por sua vez, refere-se à atração afetivossexual por um ou mais gêneros, dependendo do gênero com o qual se identifica em relação aos que ela se relaciona de forma afetiva e sexual.

Uma pessoa transexual pode ser bissexual, heterossexual ou homossexual, dependendo do gênero que adota e do gênero com relação ao qual se atrai afetivo-sexualmente, portanto, mulheres transexuais que se atraem por homens são heterossexuais, tal como seus parceiros, homens transexuais que se atraem por mulheres também; já mulheres transexuais que se atraem por outras mulheres são homossexuais, e vice versa. (Jesus 2012, p. 8)

### **1.3 TERMOS E CATEGORIAS**

O termo Cis/Cisgênero, são todos aqueles que se identificam com o gênero que lhe foi redesignado ao seu nascer, sendo eles homens ou mulheres. Se adequando a normativas de gênero, variando as suas expressões, mas ainda inclusos nos papéis binários de feminilidade e masculinidade. O prefixo “cis”, acrescentado à palavra “gênero”, vem do latim e significa “do lado de cá”. E assim, ao nascer, uma pessoa é designada homem ou mulher de acordo com seu sexo. Se a pessoa, ao longo da vida, se entende/se identifica com mesmo gênero atribuído ao momento do nascimento, então é cisgênera.

Cis, trans: antes de tudo metáforas. [...] A isomeria geométrica da Química Orgânica, onde "cis" são os átomos que, ao dividirmos a molécula ao meio, permanecem de um mesmo lado do plano e "trans" os que permanecem em lados opostos. O próprio dicionário Houaiss, trazendo a etimologia de cis como "da preposição latina de acusativo cis 'aquém, da parte de cá de' (por oposição a trans)". E inúmeros outros exemplos.(RODOVALHO, 2017, p. 356).

Pensando no significado etimológico, o prefixo Trans/Transgenero (oriundo da estruturação da língua derivada do latim) significa “além de”, “para além de”, “o outro lado” ou “o lado oposto”. Com isso, os transgêneros/transsexuais são as pessoas que, tendo sido registradas no sexo masculino ou feminino ao nascerem, se identificam como sendo de outro gênero daquele que lhe foi imposto. Dessa forma, segundo debates de Jesus(2012), podemos utilizar “mulher trans” ou “pessoa transfeminina” para se referir a alguém que foi designado homem, mas se entende como uma figura feminina. Já o termo “homem trans” ou “pessoa transmasculina” é indicado para tratar uma pessoa que foi designada mulher, mas se identifica com uma imagem pessoal masculina. Com isso, o termo “trans” se torna um termo utilizado como um “termo guarda-chuva” que se refere a todos os tipos de trans, sendo eles binários, não-binários, intersexual, travesti, e outras variações de gênero.

As teorias que foram se formando ao longo do tempo relacionadas à transexualidade se dividiram em duas visões distintas: a biológica e a construtivista. A visão biológica seria a forma de ver a transexualidade através da medicina. A visão construtivista parte do pressuposto que “sexo é algo definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético, e de que o gênero é algo que se adquire através da cultura” (ARÁN, Zaidhaft, Murta, 2008 p. 72).

A pessoa Intersexual, se caracteriza como aquela que nasce com características sexuais biológicas que não se encaixam nas categorias típicas do sexo feminino ou masculino. Estando relacionado com o biológico do indivíduo, sendo sua genitália ambígua ou não definida, seu desenvolvimento hormonal trazendo características físicas dúbias, ou um mosaico genético, onde parte das células possui cromossomo XX e outra parte possui

cromossomo XY. Assim sendo uma condição biológica do indivíduo, onde ele adquire essa variação durante sua gestação.

As travestis são pessoas que, ao nascerem, foram registradas no sexo masculino, e que procuram inserir, em seus corpos, símbolos do que é socialmente convencionado como feminino. Sendo uma identidade, que varia de acordo com o próprio reconhecimento do indivíduo estando relacionado com o seu meio social e aquilo que ela quer representar socialmente. Contudo, atualmente o conceito vem sendo ressignificado e passou a ter mais peso político. Há pessoas que afirmam com orgulho que são travestis devido à história do termo.

A diferenciação entre transexual, transgênero, transexual e travesti, varia. Onde algumas pessoas podem diferenciar os termos com base em cirurgias que as pessoas realizam em seus corpos. Porém, é tecnicamente difícil apontar as diferenças entre esses conceitos. Pelo fato das identidades se basearem na ideia de autoidentificação, o melhor caminho é entender como a pessoa se vê e respeitar isso. Contudo, como diz Lanz (2014, p.65) vale a pena mencionar que os termos transexual, transgênero e transexual podem ser utilizados tanto para identidades masculinas, quanto femininas. Já o termo travesti é utilizado apenas para pessoas trans com identidades femininas. Com isso, o controle baseado em estereótipos, atributos culturais, atitudes, identidades, expressões, papéis de gênero e expectativas sociais de desempenho passam a ser relacionadas a cada uma das identidades “oficiais” de gênero: masculino e feminino ou homem e mulher.

Ainda há quem use "travesti" para diferenciar uma mulher trans que não passou por uma cirurgia de readequação sexual, mas segundo Lázara dos Anjos para a revista *Universa Uol* (2021), essa é uma forma preconceituosa de usar o termo e a distinção não se aplica. "É uma questão de identificação, não há diferença entre uma mulher trans e uma travesti. A diferença está como os outros enxergam". Pois se referem ao papel de marginalização que aquelas identidades irão transmitir para a sociedade.

Devido à conjuntura histórica e cultural, não é fácil definir as diferenças entre travestis e transexuais. Importante logo no início deste trabalho definir quem são os sujeitos transexuais e travestis.

Travestis são indivíduos do sexo masculino que se vestem de mulher, intergêneros são os popularmente denominados de hermafroditas; transexuais, aquelas que se submeteram à cirurgia de transgenitalização e drag queens, homens que se vestem de mulher, geralmente de forma, caricaturesca para espetáculos (IRIGARAY, 2010).

A Não-Binariedade (Não-Binário) é um termo “guarda-chuva” que serve para abranger termos ligados a gêneros que estão fora da ideia de "homem ou mulher". Ou seja, pessoas que se identificam com identidades de gêneros que fogem da ideia de masculinidade ou feminilidade sólida e estruturada no sistema patriarcal capitalista. São pessoas que se identificam nem como mulher, nem homem, os dois, nenhum dos dois, ou mais de um. Isso significa que sua identidade de gênero e expressão de gênero não são limitadas ao masculino e feminino.

Drag Queen/King é uma expressão artística. Onde pode-se dizer que a drag queen é a pessoa que se veste e se comporta de forma estilizada com uma expressão de gênero exageradamente feminina, e drag king é a pessoa que se veste e se comporta de forma estilizada com uma expressão de gênero exageradamente masculina. Por meio das performances artísticas, pessoas de qualquer gênero podem se expressar com o objetivo de imitar, brincar, questionar e até desconstruir arquétipos dos gêneros feminino e masculino.

#### **1.4 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA TRANSEXUALIDADE**

O conceito de gênero está relacionado diretamente à história do movimento feminista contemporâneo, um movimento social organizado, usualmente remetido ao século XIX e que propõe a igualdade nas relações entre mulheres e homens através da mudança de valores, de atitudes e comportamentos humanos. Mesmo o movimento feminista ser evidenciado a partir do século XIX, sua primeira voz surgiu ainda no século XIV, quando a primeira mulher indicada a ser poeta oficial da corte, Christine Pisan, mostrou seu discurso articulado de maneira consciente em defesa dos direitos da mulher, polemizando com escritores renomados acerca da igualdade entre sexos.

Beauvoir, é claro, só queria sugerir que a categoria das mulheres é uma realização cultural variável, um conjunto de significados que são assumidos ou absorvidos dentro de um campo cultural, e que ninguém nasce com um gênero – o gênero é sempre adquirido. Por outro lado, Beauvoir desejava afirmar que a pessoa nasce com um sexo, como um sexo, sexuada, e que ser sexuado e ser humano são condições coextensivas e simultâneas; o sexo é um atributo analítico do ser humano; não há ser humano que não seja sexuado; como atributo necessário, o sexo qualifica o ser humano (BUTLER, 2018, p. 194).

Para Bento (2008) em meados do século XVII os anatomistas trabalhavam com a concepção de que havia apenas um corpo e pelo menos dois gêneros, no isomorfismo o corpo feminino era entendido como um corpo masculino ao contrário, a vagina um pênis invertido, o útero o escroto feminino, a vulva o prepúcio e os ovários os testículos. O corpo feminino, portanto, seria uma versão inferior do masculino, a explicação para a genitália feminina ficar para dentro era a falta do calor vital, desse modo, essa era a forma de diferenciação dos corpos, mais quente / menos quente e não o órgão genital. A partir disso, passa-se debater no século XVII, o discurso científico torna-se político e importante para definir biologicamente homens e mulheres. Assim, as diferenças anatômicas corporais visíveis, passam a ser uma diferenciação de gênero.

Segundo Guimarães, (2011), em torno do século XVIII se inicia o entendimento a respeito da identidade sexual como se compreende na atualidade. Onde a referência a respeito dos corpos de homem e mulher são diferenciados e profundamente consolidados em corpos diferentes. Passando a modificar vocabulário, se referindo como os órgãos femininos e masculinos, e se analisa a diferenciação a respeito dos aspectos físicos e mentais de cada indivíduo.

Em meados do século XIX encerra-se definitivamente o trânsito entre gêneros, afirmando o debate de que todo sujeito tem um gênero. Apesar de se ter mais conhecimento das intervenções médicas a partir do caso Jorgensen, a psiquiatria já tratava deste assunto desde o século XIX, em obras de autores como Richard von Krafft-Ebing (1840 – 1902) e Magnus Hirschfeld (1868 – 1935) (AMARAL, 2011). Os estudos científicos passam a

desfazer os “disfarces” da natureza, determinando o sexo verdadeiro através de um exame minucioso de cada indivíduo ao nascer. No ano de 1910 o sexólogo Magnus Hirschfeld utilizou o termo “transexual psíquico” referindo-se a travestis fetichistas. Esse termo voltou a ser utilizado em 1949 na publicação de um caso de transexual masculino por Cauldwell. Este caso trouxe algumas características que futuramente seriam consideradas exclusivas dos (as) transexuais, já que na época, não existia uma diferenciação entre transexuais, travestis e homossexuais.

Começa-se a produzir publicações que registram e defendem a característica da transexualidade na década de 1950. Em 1953 o endocrinologista Harry Benjamin utiliza o mesmo termo usado por Cauldwell, e aponta a cirurgia como única forma terapêutica concebível para casos de transexualidade. Essa visão confrontava com o posicionamento de profissionais ligados a saúde mental, que viam as intervenções cirúrgicas como mutilações. (BENTO, 2006). Em 1955, John Money, professor de psicopediatria do Hospital Universitário Johns Hopkins, elaborou suas primeiras teses sobre o conceito de gênero, e o professor chegou à conclusão de que gênero e identidade sexual seriam mutáveis até os dezoito anos de idade.

[..] somada ao progresso da biologia e da viabilidade técnica para a adequação do sexo ao gênero criou a necessidade de inserir as redesignações sexuais em processos terapêuticos formais com procedimentos normatizados. (MURTA, 2007 apud MURTA, 2011, p.18).

Segundo Bento (2006), no ano de 1966 o Hospital John Hopkins anunciou a formação da primeira Clínica de Identidade de Gênero e a primeira cirurgia de mudança de sexo, desde então o conceito de identidade de gênero se tornou inseparavelmente ligado a transexualidade. Em 1969 foi realizado o primeiro congresso da Harry Benjamin Association, em Londres, posteriormente, no ano de 1977, mudaria o nome para Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association (HBIGDA), e a transexualidade passou a ser considerada uma disforia de gênero. A HBIGDA passou a ser responsável por orientar o tratamento de pessoas transexuais em todo o mundo. O livro “El fenómeno transexual” de Harry Benjamin, publicado no ano de 1966, apresenta as bases para o

diagnóstico do verdadeiro transexual. Neste livro Benjamin afirma que “não haveria uma divisão absoluta entre ‘masculino’ e ‘feminino’, sendo inadequada a determinação do sexo do indivíduo baseada puramente nas diferenças anatômicas”.

Eventos durante o Carnaval no Rio de Janeiro em que as “bichas” (como eram denominados os homossexuais masculinos classificados como “afeminados”) vestiam-se como mulheres, prática em que se dizia que “estavam em travesti” (COSTA, 2010). Paulatinamente, a travesti ganha identidade, não mais podendo falar que apenas “está em travesti”, pois agora é uma travesti. O que impulsiona este processo identitário, é justamente uma tentativa de se desvincular dos relacionamentos homoafetivos uma obrigação de “passividade sexual” e, portanto, feminilização, buscando-se um ideal igualitário sem papéis de gênero.

Enquanto na década de 1960 os travestis podiam ser vistos apenas durante o carnaval ou nos espaços fechados dos clubes gays e dos shows de travestis, os anos 70 assistiram a uma proliferação acelerada de travestis pelas calçadas do Rio, São Paulo e de outras cidades grandes, vendendo o corpo em troca de dinheiro (GREEN, 2000 apud CARVALHO; CARRARA, 2013, p. 324).

As travestis, a partir da década de 70, passam a ser associadas à prostituição e não mais a eventos em que homossexuais feminilizados vestiam-se com roupas femininas. Durante a ditadura, ao final dos anos 70, o movimento homossexual organizado tem constituído, seu marco histórico, com a formação do grupo Somos na cidade de São Paulo e as publicações do tabloide Lampião, voltadas política e socialmente aos homossexuais da época.

[...] o homossexual comum e há o travesti, que em muitos casos são prostitutas e acabam se envolvendo com pequenos furtos ou drogas. A imagem predominantemente atribuída ao homossexual na verdade corresponderia ao travesti e esta aproximação atrapalharia o movimento organizado. (CÂMARA, 2002 apud CARVALHO; CARRARA; 2013, p. 323)

A partir dos anos 1980, as feministas passaram a utilizar o termo “gênero”. Grandes partes dos discursos de algum modo englobam as questões de sexualidade, estabelecendo distinções entre gênero e sexualidade, ou entre identidades de gênero e identidades sexuais. Atualmente alguns estudiosos estão buscando um aprimoramento das análises, acentuando as distinções acerca das questões de gênero e sexualidade, conforme aponta Scott (1961, p.1)

Em 1980 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) inclui a transexualidade como um “transtorno de identidade de gênero” na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-III), algo curioso é que nesta mesma versão a homossexualidade deixa de fazer parte deste documento oficialmente. (BENTO, 2006).

Chegada a década de 1990 é que as organizações próprias do movimento social das travestis começaram a se formar, após tanto tempo de negativas de participação em organizações que não representavam diretamente seus interesses, como eram os grupos formados por gays e lésbicas pela reivindicação de seus direitos. Após todos esses anos de tentativas, aquele grupo marginalizado vê em si mesmo a possibilidade de lutar por suas próprias causas, e não por meio de terceiros. É em 1992 que se forma a ASTRAL (Associação das Travestis e Liberados), no Rio de Janeiro, fundada por Jovanna Baby, mencionada anteriormente (CARVALHO; CARRARA, 2013).

Em 1992, a transexualidade aparece na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 da Organização Mundial da Saúde (OMS), como transtorno de identidade sexual. A transexualidade é definida no CID-10 como:

O desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido (OMS, 1992, p. 210).

Toda esta questão de nomenclatura e legitimação dos movimentos sociais e políticos, combinada com a insatisfação que grande parte da comunidade travesti e transexual sentia por ser representada por uma entidade que não possuía um interesse verdadeiro nas causas

específicas desta população, fez com que se criassem organizações próprias. Grupos estes mais fortes e com um discurso muito mais bem preparado. Dentre todas estas organizações, porém, faz-se destaque para a ANTRA (Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros), em 2000, e em 2005 que se cria um grupo protagonizado e voltado para, tão somente, transexuais: o Coletivo Nacional de Transexuais (CNT).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no dia 18 de junho de 2018 publicou a atualização da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) retirando a “incongruência de gênero” (expressão presente no manual) da lista de doenças ou transtornos mentais. Tal decisão tem enorme efeito no sentido de despatologizar as transexualidades e travestilidades, sendo resultado da luta e mobilização de ativistas, acadêmicos/as e defensores/as de direitos para as pessoas trans globalmente. A “incongruência de gênero” passou a figurar na classificação como “condição relativa à saúde sexual”, mantendo assim a necessidade de formulação, ampliação, garantia e acesso integral a políticas públicas de saúde para as pessoas trans, fora contudo dos marcos discursivos da patologização de suas identidades de gênero.

A incongruência de gênero é caracterizada por uma incongruência marcante e persistente entre o gênero experimentado de um indivíduo e o sexo designado. Comportamento variante e preferências de gênero, por si só, não são uma base para atribuir o diagnóstico neste grupo (OMS, 2018, s/n)

Estudos jurídicos sobre a possibilidade de uma normatização do exercício profissional do/a assistente social, nas equipes multiprofissionais do processo transexualizador do SUS, atribuindo a histórica participação de assistentes sociais na composição de equipe multiprofissional, ratificada no denominado “processo transexualizador” regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2803/2013.

## **CAPÍTULO 2 – POLITICAS DE SAÚDE**

### **2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SUS**

A ideia de políticas de saúde no Brasil, se deu início com a Lei Eloy Chaves, onde se desenvolve as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), em 1923. Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei se insere somente com o objetivo de conferir o estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Surgindo assim, as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores, articulando as relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde.

E a partir desse ponto, foram desenvolvendo durante os anos, com muito esforço da luta social em direito a saúde para o povo brasileiro. Até chegarmos a Constituição Federal de 1988, onde política pública de saúde é consolidada, e em 1990, é regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS. Tendo como seus princípios: universalidade e equidade no acesso aos serviços, integralidade na atenção a população, atuação baseada nas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e presença da comunidade.

Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Sistema Único de Saúde (SUS) de alguma forma, pois o Sistema não se resume a atendimento clínico e/ou hospitalar. No entanto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fiscaliza, regulamenta, qualifica e habilita os planos de saúde brasileiros. A ANS é uma autarquia do Ministério da Saúde. É importante lembrar que o Ministério da Saúde, por sua vez, realiza a gestão descentralizada e tripartite do SUS ao lado das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As ações do Sistema Único de Saúde (SUS) são diversas e englobam, por exemplo, o controle de qualidade da água potável que chega à sua casa, na fiscalização de alimentos pela Vigilância Sanitária nos supermercados, lanchonetes e restaurantes que, na assiduidade dos aeroportos e rodoviárias, e inclusive, nas regras de vendas de medicamentos genéricos ou nas campanhas de vacinação, de doação de sangue ou leite materno que acontecem durante todo o ano. Muitos procedimentos médicos de média e alta complexidade, por exemplo, são feitos pelo SUS, como doação de sangue, doação de leite humano (por meio de Bancos de Leite Humano), quimioterapia e transplante de órgãos, entre outros.

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

A universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde, de forma que a adoção desse princípio representou uma grande conquista democrática, que transformou a saúde em direito de todos e dever do Estado. Já a equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça e se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Busca-se, assim, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas demandas específicas das pessoas, considerando que o direito à saúde deve atender a diversidade. E por fim, a integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às suas demandas e necessidades.

Durante sua estruturação em 1988, o sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia. Centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. Assistência médico-hospitalar. Saúde é ausência de doenças. E atualmente, o sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação, e por toda a vida, a atenção integral à saúde é um direito. Descentralizado, municipalizado e participativo, visando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

A equidade, que está ligada “ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve se desdobrar no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos da população”. (Ministério da Saúde, portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998). Onde os princípios da participação popular e do controle social, são instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, complementou o arcabouço legal da política de saúde no país, com uma concepção ampliada de saúde, estabelecendo a criação de um

arranjo organizacional do Estado brasileiro para dar suporte à efetivação desta política, neste caso, o Sistema Único de Saúde (SUS). Onde se torna dever do Estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Sendo aplicado em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Os princípios do SUS vão ao encontro do que propõe o conceito de inclusão, que consiste na inserção total e incondicional de qualquer pessoa, com e sem deficiência, implementando transformações profundas e reconhecendo a diversidade como um valor humano. O que, ao mesmo tempo, está relacionado com o que se define como acessibilidade pelo artigo 8 do Decreto Federal nº 5.296/2004: “condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida”. Segundo o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988, art. 194). A Saúde, a Previdência e a Assistência Social integram o Sistema de Seguridade Social e esta conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população. É entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico-sanitária. Nesta concepção, saúde é também decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais.

“Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e

funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social.” (SANTOS, 2007, p.430).

## **2.2 SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+**

ARÁN, MURTA e LIONÇO (2009), afirmam que em 1979 o Conselho Federal de Medicina (CFM) foi consultado pela primeira vez sobre a implantação de próteses de silicone em um indivíduo do sexo masculino. Essas discussões foram sempre amparadas pelo Código de Ética Médica e no Código Penal, visto que, considerava-se uma grave mutilação e uma ofensa à integridade corporal, além de outras implicações jurídicas que poderiam ser ocasionadas, uma vez que a mudança de sexo poderia servir como argumento para a modificação da identidade sexual, que poderia relacionar-se ao crime de falsidade ideológica, conforme o Artigo 307 do Código Penal.

No Brasil, no final da década de 1970, à medida que avançava o processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais. O Grupo Somos é reconhecido como precursor da luta homossexual, mas atualmente o movimento agrega lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, pautando a homossexualidade como tema político. A expansão dessas ideias vai se configurando no denominado Movimento LGBT, cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira. Essas mudanças deram visibilidade política para os problemas, tanto da vida privada, como das relações sociais que envolvem as pessoas LGBT.

Ao surgir a epidemia HIV/Aids, no início dos anos 80, à época fortemente relacionada aos gays, o governo brasileiro apoiou mobilizações da população homossexual masculina na

prevenção da doença. Essas mobilizações surtiram grande efeito sanitário diante da amplitude do número de casos que acometeu esse grupo. A visibilidade das questões de saúde da população LGBT deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos da população soropositiva.

Um ponto crucial é a questão de sexualidade e gênero, que são os pontos que caracterizam essa população como objeto de preconceito e discriminação em uma sociedade hegemonicamente heterossexual. Fatores relacionados à sexualidade e gênero estão pautados em várias políticas, em especial de saúde, sejam elas dedicadas ao jovem e adolescente, à mulher, à população negra ou mesmo em planos específicos de atenção ao HIV/AIDS. Nota-se que as questões de sexualidade e gênero “mais do que demandar uma política específica, devem ser pauta para diversas políticas enquanto determinantes associados a outros [...] na saúde das pessoas”. (LIONÇO, 2008, p. 19).

Na década de 1990, o movimento de travestis instituiu-se em coletivos, como no caso da Associação das Travestis e Liberados do RJ (Astral), pautando o governo para o atendimento de suas demandas específicas, além de atuarem nas ações da prevenção da aids. Na mesma época, a causa de transexuais foi incluída na agenda deste movimento. As discussões sobre as questões específicas envolvendo a homossexualidade feminina, ainda que surgidas na década de 1980, no contexto do Grupo Somos, não tiveram potência para modificar as relações de poder no interior do movimento.

A cirurgia de transgenitalização foi considerada a etapa de maior importância no tratamento de transexualidade, pela possibilidade de adequação da genitália ao sexo com o qual o indivíduo se identifica. Esse procedimento foi justificado pelos princípios da beneficência e da justiça, dando origem a Resolução PC/CFM 39/97, que sugere que esse procedimento cirúrgico fosse realizado a título experimental. E posteriormente a Resolução nº 1482, definiu que as cirurgias de transgenitalização fossem realizadas em hospitais públicos e universitários de forma experimental, desde que algumas definições fossem seguidas, entre elas, o acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos.

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução no 1.4821, autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no país, alegando seu caráter terapêutico. Esta resolução parte do princípio de que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio”. A intervenção cirúrgica passou a ser legítima no Brasil, desde que o paciente apresente os critérios necessários para a realização da mesma e o tratamento siga um programa rígido, que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos, para a confirmação do diagnóstico de transexualismo.

Uma série de mudanças no meio social, permitiu que o Ministério da Saúde reconhecesse a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes e condicionantes da situação de saúde, sendo uma delas, a resolução 01/99 de 22 de março de 1999, do Conselho Federal de Psicologia, que seguia a do CFM e CID, para que na prática profissional frente a homossexualidade fosse vedada a ideia de patologização.

Em 2002, a primeira resolução foi revogada pela Resolução no 1.652 que, considerando o estágio atual de tratamento dos casos e o bom resultado estético e funcional das neocolpovulvoplastias e/ou procedimentos complementares, resolve que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para o feminino podem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas seguindo os critérios de acompanhamento já estabelecidos.

Em 2003, o Ministério da Saúde foi solicitado a tomar uma posição em relação à população LGBT, contemplando dois aspectos: que a inclusão da população LGBT no SUS se efetivasse segundo seus princípios fundamentais, a saber, universalidade, integralidade e equidade; e que o Ministério da Saúde consolidasse uma Política Nacional de Saúde para a População LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde constituiu, ainda em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBTQIA+, com vistas à construção de uma política específica para o SUS. A conquista de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo segmento LGBT, em 2006, confere um novo sentido de atuação do movimento nos

processos de participação democrática no SUS, assim como permite e promove o debate de forma estratégica e permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde. Sendo pautado desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), realizada em 2003, o tema dos direitos LGBT vinha sendo pautado pelo SUS e, em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde.

No dia 13 de maio de 2004, através da Portaria nº 880, o Ministério da Saúde formaliza a criação do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB). A criação deste comitê se deu da necessidade da implantação de políticas de saúde voltada para a população LGBT (BRASIL, 2004). Neste mesmo ano surgem as primeiras políticas públicas e políticas de saúde voltadas a população LGBT, com iniciativas voltadas a promoção da cidadania LGBT e de combate à homofobia, com o lançamento através do governo federal do “Programa Brasil sem Homofobia”. Esse programa prevê 53 ações, distribuídas em 11 áreas, sendo uma delas a saúde.

A carta dos direitos dos usuários da saúde, Portaria nº 675/GM/2006, com o objetivo de garantir respeito às especificidades da população brasileira, incluiu a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero. No Programa Mais Saúde são dispostas metas para grupos específicos, e permitindo também, através do ParticipaSUS, garantir viabilidade às ações de promoção de equidade em saúde nos níveis municipais e estaduais.

Em fevereiro de 2006 foi realizada a primeira reunião sobre o Processo Transexualizador no SUS, que reuniu em caráter de formulação, membros do Ministério da Saúde, do Coletivo Nacional de Transexuais, profissionais da rede pública que atuam com transexuais e pesquisadores do tema. Na pauta da reunião pontos relevantes para a elaboração de protocolos de acompanhamento e avaliação de transexuais orientados pelo Ministério da Saúde. E em 19 de agosto de 2008 o Processo Transexualizador é implantado nas unidades federativas através do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 1707 do Ministério da Saúde. A oferta do processo transexualizador, que inclui atendimento psicológico, hormonioterapia e cirurgias, pelo SUS só começou em 2008, quando o governo federal publicou o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs

(lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), compilando as propostas aprovadas na primeira conferência nacional.

A Política LGBT é uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS. O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do Programa Mais Saúde - Direito de Todos (BRASIL, 2008), lançado em 2008 e que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Esse Programa, espelhando essa política, apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros.

O Programa Brasil sem Homofobia se insere no contexto do Ministério da Saúde, onde se lança a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2004), lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2008. Sendo criada partindo do reconhecimento da complexidade dos problemas que afetam essa população, buscando superar essa problemática através da equidade em saúde e todos os desdobramentos dos processos de discriminação e de exclusão na saúde da população LGBT. A política ainda destaca que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores determinantes da situação, na medida em que a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionadas à diversidade sexual são geradoras de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde.

Em 2010, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral para a comunidade LGBT, que regula ao profissional de saúde a necessidade de construção de vínculo com os usuários e atenção aos preconceitos e as discriminações que podem ser cometidas. Onde o rompimento dos laços familiares pode causar situações de risco, como prostituição, uso abusivo de drogas, depressão e suicídio, e assim, o profissional deverá ficar atento às situações familiares, de forma a mediar conflitos. Sendo fundamental o conhecimento sobre práticas sociais da

comunidade LGBT, para que assim, promova serviços que permitam desenvolver ações de saúde para esse usuário.

A publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) no dia 17 de junho de 2009 (BRASIL, 2011), é um marco importante para o acolhimento e para que o indivíduo seja respeitado em sua identidade de gênero em todos os atendimentos de saúde. Desta forma fica assegurado como direito ao transexual ser tratado de forma humanizada, sem discriminação e respeitando o seu nome social. Assim, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), passa a assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O Processo Transexualizador é definido como um conjunto de estratégias de saúde que resultam na transformação do corpo para adequação ao gênero do indivíduo. Onde, em 19 de novembro de 2013, o Ministério da Saúde amplia a Portaria nº 1707 de 2008 com a Portaria nº 2803 (BRASIL, 2013), possibilitando formalizar as normas técnicas e éticas para a realização do Processo Transexualizador no SUS. A hormonioterapia faz parte da modalidade ambulatorial do Processo Transexualizador, do qual também faz parte o acompanhamento clínico e o acompanhamento pré e pós-operatório. Assim, não possuindo um caráter integral, mas somente para as ações necessárias para desfazer o desacordo de corpo e gênero do indivíduo.

O eixo da ética e direitos humanos aprovou deliberação para “apoiar as lutas em torno do respeito à identidade trans, com vista à despatologização da transexualidade, à retirada da transexualidade dos catálogos internacionais de doenças e à garantia da permanência do processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde. Objetiva-se a realização de estudos jurídicos sobre a possibilidade de uma normatização do exercício profissional do/a assistente social nas equipes multiprofissionais do processo transexualizador do SUS, de acordo com a histórica participação de assistentes sociais na composição de equipes multiprofissionais,

ratificada no denominado processo transexualizador” regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2803/2013.

Os acompanhamentos previstos na portaria são feitos por equipe multidisciplinar, entre eles psiquiatras, endocrinologistas, psicólogos, médico clínico e assistente social. Atenta-se ao fato de que para o atendimento ambulatorial se determina uma idade mínima de 18 anos e para o hospitalar, 21 anos. E delimita, ainda, que os sujeitos aos procedimentos de redesignação sexual se adequem aos requisitos estabelecidos: “maioridade, acompanhamento psicoterápico por pelo menos dois anos, laudo psicológico/psiquiátrico favorável e diagnóstico de transexualidade” (PORTAL BRASIL, 2017, s/n).

Mas foi em 2018 que a OMS (Organização Mundial da Saúde) retirou a transexualidade da lista de doenças mentais, mas que continuou dentro do CID como incongruência de gênero, dentro da categoria de condições relativas à saúde sexual, e os países precisam se adaptar à nova CID até 1º de janeiro de 2022. Onde o foco do debate passa ser a respeito da disforia, como um desconforto causado pelo não reconhecimento de suas características físicas atribuídas pelo gênero designado ao nascer.

Além disso, o Conselho Federal está representado também no Conselho Nacional de Combate à Discriminação de LGBTs (CNCD/LGBT) e participa das reuniões do grupo de trabalho que discute a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), dadas as suas repercussões para o trabalho interdisciplinar na área, desenvolvendo uma resolução sobre seu papel e as condutas a respeito das pessoas trans.

Em 2019, o Conselho Federal de Medicina (CFM), se dispôs a resolução CFM nº 2.265/2019, e debate sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Com isso, compreende por transgênero ou incongruência de gênero, incluindo neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero. E assim, permitindo o foco na atenção integral à saúde, contemplando todas as suas necessidades, garantindo o acesso, sem qualquer tipo de discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.

### **2.3 – SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DA POPULAÇÃO TRANS**

A atuação dos assistentes sociais, contribuem para as relações sociais que tornam possível a luta contra a exploração e opressão vivenciada dos mais diferentes grupos sociais, que não são assistidos dentro dos espaços. Sendo sua inserção nas pautas que lidam diversidade sexual e de gênero irão exigir do profissional, conhecimentos e experiências que sejam capazes de apreender e fortalecer com informações pertinentes às suas diferentes trajetórias de vida e na perspectiva da emancipação humana.

O CFESS indica que os assistentes sociais, ao realizarem o atendimento, deverão utilizar seus referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos, com base no Código de Ética da/o Assistente Social, rejeitando qualquer avaliação ou modelo patologizado ou corretivo da diversidade de e identidade de gênero, conforme Art 3º. No uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela lei 8662/93, publicada no Diário Oficial da União nº 107, de 8 de junho de 1993, Seção 1.

O Projeto Ético e Político do Serviço Social desenvolveu um entendimento sobre essa população, onde visam dentro do CFESS, Código de Ética do(a) Assistente Social, consideram como um princípio do direito da população e assim, criam a Resolução CFESS Nº 615, de 8 de setembro de 2011. Assim, tais regulamentações permitem assegurar que pessoas travestis e transexuais tenham o direito à escolha, dentro dos procedimentos promovidos no âmbito do CFESS e dos CRESS, a respeito de seu tratamento referente ao nome a ser inserido na Cédula e na Carteira de Identidade, e com isso processarem as modificações e adequações que se fizerem necessárias. Assim, se torna permitido a utilização do nome social durante o trabalho desenvolvido pelo assistente social, juntamente com o número do registro profissional.

Nos dias 11 e 12 de junho de 2015, foi articulado o Seminário Nacional Serviço Social e Diversidade Trans: exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero, que ocorreu na cidade de São Paulo. Construindo e debatendo a respeito da estruturação e realização do seminário foi uma deliberação do 43º Encontro Nacional CFESS-CRESS e, efetivado em conjunto com o CRESS-SP. Se propondo a ampliar o debate junto aos assistentes sociais, acumulando conteúdo político e teórico relacionado à identidade de

gênero, bem como aos direitos das pessoas trans, reafirmando a posição contrária a todas as formas de patologização.

No 45º Encontro Nacional do CFESS-CRESS, teve como objetivo, fazer uma análise crítica da realidade brasileira a partir da crise do capital, em 2016. E seu eixo Ética e Direitos Humanos aprovou deliberação para “apoiar as lutas em torno do respeito à identidade trans, com à despatologização da transexualidade, à retirada da transexualidade dos catálogos internacionais de doenças e à garantia da permanência do processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde”.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), da gestão Tecendo na Luta a Manhã Desejada (2016), desenvolveu uma série de cadernos Assistente Social no combate ao preconceito. Com o intuito de orientar e estimular assistentes sociais a uma compreensão crítica das variadas situações de preconceito, que podem acompanhar os encaminhamentos cotidianos do exercício profissional, com cinco cadernos, dentre os quais um que trata da transfobia, da série de cadernos Assistente Social no combate ao preconceito. Onde é do trabalho do assistente social a luta contra o conservadorismo, a violação dos direitos e de criminalização da pobreza, visando o combate ao preconceito, respaldada pelos princípios éticos de um Serviço Social como aponta nosso Código de Ética Profissional.

O Serviço Social foi a primeira categoria profissional no Brasil a garantir a utilização do nome social no exercício profissional às/aos profissionais travestis e transexuais e, posteriormente, a assegurar o nome social no documento de identidade profissional, conforme estabelecido na Resolução CFESS nº 785/2016, revogando o primeiro texto, de 2011. Assim, passa a ser assegurado aos profissionais travestis e transexuais, o direito à escolha de seu nome que irá ser inserido no Documento de Identidade Profissional da/do Assistente Social, bem como nos atos e procedimentos promovidos no âmbito do CFESS e dos CRESS.

Em 2018, o CFESS dispõe a Resolução Nº 845, de 26 de fevereiro de 2018 debatendo sobre a articulação da atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Visando contribuir, para a promoção de respeito à diversidade de expressão e identidade de gênero, a partir de reflexões críticas acerca dos padrões de gênero

estabelecidos socialmente. Pautado na integralidade da atenção à saúde e considerar as diversas necessidades das(os) usuárias(os) e o atendimento a seus direitos tendo em vista que esse acompanhamento não deve ser focalizado nos procedimentos hormonais ou cirúrgicos, respeitando o direito à autodesignação dos usuários do serviço como pessoas trans, travestis, transexuais, transgêneros.

No ano de 2019, foi publicado a nota do CFESS, em apoio à resolução CFM N° 2.265/2019, que “dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a resolução CFM N° 1.955/2010”. Considerando assim, a Identidade de Gênero e seu reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero, ampliando o respeito e o público-alvo ao citar transgêneros, transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero. Com isso, o campo da defesa por garantia de direitos, no qual atua o Serviço Social brasileiro, reconhece como importantes os novos paradigmas para a assistência médica à população trans.

O CFESS tem como objetivo a construção de uma sociedade radicalmente justa e democrática, sem preconceitos de origem, raça, etnia, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação, em consonância com o Código de Ética do(a) Assistente Social. Considerando-se que os direitos à livre orientação sexual e à livre identidade de gênero constituem direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), sua proteção requer ações efetivas das entidades do Serviço Social no sentido de assegurar o pleno exercício da cidadania desta população; posto que toda pessoa tem direito ao devido tratamento correspondente a sua identidade de gênero.

## **CAPÍTULO 3 - RELAÇÃO ENTRE O SOCIAL E A SAÚDE**

### **3.1 - AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL**

A concepção do que significa “questão social”, está relacionada com a contradição entre capital e trabalho, sendo uma categoria que tem sua especificidade definida no âmbito do modo capitalista de produção. Fundada na produção e apropriação da riqueza gerada socialmente, onde os trabalhadores produzem a riqueza, a burguesia se apropria dela. E as consequências da apropriação desigual do produto social são as mais diversas: analfabetismo, violência, desemprego, favelização, fome, analfabetismo político etc.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO e IAMAMOTO, 1983, p.77)

As expressões da questão social vivenciadas pela população trans, por vezes, são invisíveis para a sociedade, incluindo as que tangem a ausência de políticas específicas de saúde e a falta de dados sobre suas demandas. Assim, a falta desses dados cria a impressão de que as diferenças não existem, mascarando e reforçando as desigualdades em nome de uma norma social. Ao problematizar a relação dessa população tão invisibilizada com as políticas de saúde, questiona-se as condições e a forma que essa população encontra para seu acesso às políticas de saúde bem como problematizar as consequências inerentes e derivadas das experiências e tensões durante os atendimentos. Analisando como é a busca da população trans ao acessos à saúde quando não há política específica nem formação profissional para atendê-la e as tensões que isso produz, a partir da incompreensão e preconceitos.

Para uma construção de intervenções na saúde de um usuário, é necessário considerar as condições de vulnerabilidade que envolvem suas relações. Pois ao refletir sobre as diversas expressões da questão social que impactam a saúde de pessoas trans, também é preciso

analisar os aspectos de pobreza, transfobia, marginalização social, violência, evasão escolar, uso abusivo de drogas, prostituição, desemprego e perda de laços familiares. As dificuldades para obter um efetivo amparo pelo Sistema Único de Saúde nas variadas motivações e necessidades de transformação do corpo, atravessadas por diversos determinantes sociais, levaram muitas pessoas a correr risco de adoecimento e morte por recorrerem ao uso de hormônios sem acompanhamento de profissionais de saúde e às aplicações de silicone industrial. E apesar dos crescentes números de crimes de ódio contra transexuais, o Brasil ainda não possui leis específicas que protejam esta categoria.

O crime de ódio, dada sua natureza de cunho discriminatório, e com base em uma perspectiva teórica útil, pode ser designado como um ato de extermínio de uma população, dado os índices de violência sofridas pelas pessoas transgênero no Brasil. Segundo ANTRA (2021), considerando o contexto da violência letal, podemos principalmente, relacionar com a violência estrutural a que a população transgênero brasileira é submetida. E mesmo com avanços significativos nas discussões sobre os transexuais através da luta do movimento social, ainda são reafirmadas dentro do sistema de saúde, as interpretações normativas sobre o gênero masculino e o feminino de nossa sociedade, que infringem e violam seus direitos.

A dinâmica do assassinato contra pessoas trans não segue o mesmo padrão dos homicídios em geral pelo caráter que agrega o cruzamento entre o racismo, a violência de gênero e a transfobia estrutural direcionada as vítimas, assim como a forma e intensidade com que os assassinatos são cometidos. Há diversos casos de tentativas de assassinatos, ataques transfóbicos e desaparecimentos anteriores ao fato consumado, que posteriormente se confirmam em assassinatos/homicídios. (ANTRA, 2021, p. 5)

O processo de marginalização e precarização das pessoas trans, gera um ciclo de violência que afeta a expectativa de vida de travestis e transexuais, colocando sua sobrevivência em risco. Segundo o ANTRA, Associação Nacional de Trans e Travestis, o ano de 2020 bateu o número recorde de assassinatos contra travestis e mulheres trans, com um total de 175 casos. No 1º semestre de 2021, 89 pessoas trans foram mortas, sendo 80 assassinatos, 9 suicídios registrados, além de 33 tentativas de assassinatos e 27 violações dos

direitos humanos. A estimativa é de que a cada 48 horas uma pessoa trans seja assassinada, e a idade média da vítima é de 27,7 anos. Sendo na prostituição que se encontra a maioria esmagadora das vítimas: 70% dos assassinatos foram direcionados àquelas que são profissionais do sexo, e 55% deles aconteceram nas ruas. Sem contar que, esses números são baseados somente nos casos que foram capazes de ser registrados, pois grande parte, nem sequer chega ao conhecimento do poder público.

O trabalho sexual é uma realidade para muitas pessoas trans em todo o mundo, e a escolha do trabalho sexual é um reflexo de opções de subsistência e recursos econômicos limitados, que podem ser advento da migração em situação irregular, a dificuldade do acesso ao emprego formal, para atender às suas necessidades imediatas devido à pobreza, à falta de abrigo e de segurança alimentar para sobreviver. A carência de alternativas de inserção no mercado de trabalho formal, “têm feito da prostituição um destino, mais do que uma possibilidade” (PELÚCIO, 2008, p. 02). A alta proporção das pessoas trans no trabalho sexual em todo o mundo resulta inegavelmente da violência estrutural, institucional e interpessoal generalizada que elas experimentaram desde o início da vida no que diz respeito ao recebimento de apoio de suas famílias e de seus círculos sociais imediatos, e em relação ao acesso à educação e alternativas de emprego.

O Brasil é um dos países em que mais se consome pornografia de pessoas transsexuais, e de acordo com o relatório de 2018 do site de distribuição de conteúdo sexuais, Pornhub, a busca mundial por pornografia trans aumentou 167% entre homens e mais de 200% entre os visitantes acima dos 45 anos. Já em 2019, o Brasil ocupou a 11ª posição em acessos na plataforma, com um crescimento surpreendente de 98% na tendência de busca pelo termo “transgender” – termo em inglês para se referir a pessoas transgêneros. Isso sendo um reflexo de um processo histórico de hipersexualização e fetichização em relação aos corpos trans, lidos como fantasia, sem subjetividade, vontade ou desejo, mas sempre à disposição para quem nos procura. Muitas vezes objetos de desejo, eles causam simultaneamente repulsa entre quem se percebe compelido a buscá-los ou cogitar envolvimento, afetivo ou sexual, com pessoas trans.

As pessoas trans e gênero-diversas em todas as partes do mundo são vítimas de terríveis violências de ódio, que incluem chantagens, agressões físicas e sexuais, e assassinatos. Essas formas de violência frequentemente não são relatadas e pouca atenção é dada às suas causas subjacentes, como as formas de ódio transfóbico, transmisógeno, racista, xenofóbica e antiprofissionais do sexo e as condições socioeconômicas precárias que as pessoas trans e gênero-diversas enfrentam em muitos contextos. Todos esses fatores expõem pessoas trans e gênero-diversas, especialmente pessoas racializadas, minorias étnicas, migrantes e profissionais do sexo, com graus elevados de violência. (Transgender Europe - TGEU, 2017, p.4)

Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais- ANTRA (2020), em média, a idade em que a população trans sofre com a expulsão de casa pelos pais, é por volta dos 13 anos. A aceitação da família desempenha um papel crucial para pessoas jovens trans, e a falta disso geralmente leva ao isolamento, à vulnerabilidade relacionada com a falta de moradia e à instabilidade econômica, pois as instituições familiares e educacionais são as principais fontes de habitação e recursos econômicos. As estimativas globais indicam taxas elevadas de abuso e de probabilidade de serem expulsas de suas casas entre pessoas trans jovens, devido à sua identidade e/ou expressão de gênero.

As escolas são, muitas vezes, os primeiros espaços institucionais em que as crianças e adolescentes trans têm suas identidades desconsideradas, policiadas e punidas. As experiências educacionais das pessoas trans revelam tendências preocupantes em todo o mundo: as escolas enquanto locais de abuso, exclusão institucional e bullying por parte dos pares. Há uma expectativa muito grande entre os jovens a respeito de tentativas de suicídio, de formas correlacionadas com a inconformidade de gênero, conflitos interpessoais em relação à identidade de gênero, uma “saída do armário” recente, e falta de apoio de membros da família. Além do mais, a violência é muitas vezes gerada pela comunidade educacional e parte tanto dos educadores quanto dos que trabalham na parte administrativa das instituições.

No cotidiano, tematizamos seu banheiro [das travestis], mas não sua expulsão velada e os resultados deste processo em sua vida, seja em termos de analfabetismo, dificuldades com a escolaridade ou ainda em

relação ao que poderão dizer de si mesmas. Por que o banheiro a ser utilizado por uma travesti pode causar mais controvérsia do que o fato de que as escolas podem estar contribuindo para a exclusão (explícita ou implícita) de travestis? (CRUZ, 2011, p. 13)

A discriminação no emprego é, em grande medida, o resultado da exclusão e rejeição de jovens trans na educação. Muitas pessoas trans empregadas são submetidas a abuso verbal e até violência física perpetrada por outras funcionárias, bem como por clientes e/ou fornecedores, durante o trabalho. Elas também enfrentam taxas surpreendentes de discriminação em processos seletivos, promoções, remunerações e benefícios. Como o trabalho sexual é tipicamente uma economia laboral informal, com poucos pré-requisitos para entrada, em termos de capital e qualificações profissionais, e onde as habilidades necessárias ao trabalho são muitas vezes adquiridas fora da educação formal, muitas pessoas trans podem escolher esta ocupação como uma estratégia de sobrevivência ou de geração de renda. Sendo assim, “é difícil para a mulher entrar no mercado de trabalho, e ter as mesmas condições trabalhistas e salariais do homem, o desafio aumenta para a travesti.” (NASCIMENTO, 2003, p. 37)

O uso abusivo de álcool e outras drogas é muito presente no cotidiano da população trans, principalmente a marginalizada. Pois é usado como uma forma de facilitar interações sociais em grupos de amigos/as, encontros sexuais e busca de parceiros/as, reduzir a ansiedade, angústia, carência, vulnerabilidade, estresse, depressão, lidar com o preconceito, aliviar sofrimento, e minimizar, por vezes, a auto rejeição, a sensação de isolamento social, da violência física e psicológica em uma sociedade preconceituosa e discriminatória. A criminalização do uso de drogas contribui ainda mais para os resultados negativos entre as pessoas trans, por serem um público que acaba se utilizando de substâncias no seu dia-dia. Segundo Cardoso e Ferro (2012), a baixa autoestima da população LGBT está relacionada ao preconceito social, que pode desencadear episódios depressivos, sentimento de culpa, medo, desconfiar uma, vigarista-fusão, insegurança uma, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter divisões amorosos, disfunções masculino, hostilidade, distúrbios alimentares e abuso de álcool e drogas.

Para Santana (2016, p.46) aponta que “[...] existe um grande abismo entre o que é previsto em lei e a realidade carcerária”. O encarceramento tem graves consequências, onde enfrentam vários tipos de violências de outras pessoas presas e de funcionárias da prisão, além da falta de acesso a cuidados de saúde em geral e específicas para suas necessidades. Some-se a alocação em alas que não estão de acordo com sua identidade de gênero, e a colocação frequente delas em confinamento solitário como uma “medida preventiva”. As pessoas trans enfrentam níveis elevados de maus-tratos e assédio policiais, e a polícia é um dos agentes de violência mais comuns contra pessoas trans profissionais do sexo. Além do fato de muito raramente denunciarem incidentes para as instituições de segurança pública, uma vez que elas têm motivos para não confiar no sistema de Justiça, por temerem mais vitimização, ou mesmo punição, como nas infrações relacionadas ao trabalho sexual.

A população transgênero enfrentam maiores incidências de violência dentro do cárcere. Em relação às mulheres transgêneros em presídios masculinos, as taxas mais elevadas de agressão sexual devem-se, pelo menos em parte, à prática de classificação baseada em genitália. Por exemplo, mulheres transexuais que são colocados em habitação do sexo masculino possuem características femininas significativas e acabam por se tornam alvos óbvios de abuso na prisão. Outro problema em relação a segregação das presas transgêneros está relacionado a saúde e de segurança. Quando os presos transgêneros são colocados em segregação administrativa, eles têm apenas o mínimo de interação com as pessoas, sem acesso a empregos ou tratamento hormonal. (SANTANA, 2016, p. 59)

Portanto, várias expressões da Questão Social perpassam a situação da população transexual, o que, de maneira mais ampla, nos permite afirmar que a estigmatização, o preconceito, a dificuldade de reconhecimento para suas demandas e especificidades, também se constituem em expressão da Questão Social, posto que inseridas na produção e reprodução da vida social sob a lógica do capital, o que exige ação política organizada para seu enfrentamento.

### **3.2 - A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Segundo Yamamoto (2002), as expressões da questão social devem ser compreendidas como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que passam a ser expressas pelo conjunto de determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais. Os assistentes sociais nas suas diversas inserções e na efetivação das suas atribuições e competências, precisam tomar cuidado durante sua atuação, onde inseridos em armadilhas pela organização social capitalista. Assim, o profissional precisa dispor de um conjunto de conhecimentos que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da questão social. Com essas habilidades, a inserção dos assistentes sociais com os usuários é uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos. O serviço social situa-se no processo de reprodução das relações sociais subsidiando no exercício do controle social e na difusão da ideologia dominante junto à classe trabalhadora.

O profissional intervém, ainda, na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, através da mediação dos serviços sociais, implementados pela política social do Estado. O assistente social, na sua ação profissional de mediador de interesses de classes em luta pela hegemonia na sociedade, tem sua prática permeada por esse jogo de forças, subordinando-se historicamente aquelas que são dominantes do ponto de vista político, econômico e ideológico, em conjunturas históricas determinadas. (BRAVO, 2013, p. 24)

O trabalho no setor saúde, requisitadas pelos usuários dos serviços, demonstram diversas ações que estão interligadas e são complementares. A relação da mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, são capazes de expressar ações desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde.

O Serviço Social na Saúde, segundo Yamamoto (1982), tem um papel fundamental para alguns desafios postos na atualidade para o fortalecimento do projeto ético-político e

profissional. Os assistentes sociais, nas suas diversas inserções e na efetivação das suas atribuições e competências, exercem sua atuação dentro da organização social capitalista, interferindo nas expressões da questão social evidenciadas pelo cotidiano profissional, sem encobrir a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos, possibilitando assim expor as condições de vida dos usuários atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico-crítica.

O assistente social, como profissional de Saúde, tem como competências intervir junto às questões de cunho econômico, social e cultural, que possam comprometer a eficácia dos programas de promoção, proteção e ou recuperação. O papel do profissional vem se tornando muito mais que importante, configura-se necessário para a promoção e atenção à saúde. Segundo os Parâmetros de atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010) a nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Assim, amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

O processo de cuidado em toda sua extensão, denota que a atuação do Serviço Social na saúde, não se trata de atribuições genéricas, mas das aplicações de conhecimentos por meio da mediação. Visto que as demandas aparecem em suas imediaticidades e devem ser trabalhadas por intermédio da competência técnica planejada, articulando clínica e política, mantendo a criticidade e a aliança com as classes subalternas. No que tange a população transexual, é necessário reconhecer sua autonomia e fomentar o protagonismo social da população usuária, através de estratégias coletivas que contribuam para suas vivências. Para Yamamoto (1982), o profissional deve pautar-se em seu projeto ético-político com base crítica e comprometida com a cidadania e a dignidade humana, isto garante respeito às particularidades dos usuários. E cabe também, compreender como se expressa a questão social na vida das pessoas trans e a partir disso construir um processo de trabalho aliado à compreensão dos direitos humanos.

A população transexual que chega até os serviços de saúde, na maioria das vezes, está em situação de grande vulnerabilidade psíquica, física e social, logo promover saúde a essas

pessoas não será somente o tratamento oferecido, mas todo o movimento de reconhecimento e inclusão social desses usuários. Na maior parte das vezes falta inclusive conhecimento das informações básicas sobre seus direitos e condições. Muitos perderam vínculos familiares, mudaram de cidades e lidam com outras dificuldades resultantes da falta de documentos e profissionalização. Deste modo, o acolhimento é de uma demanda social de sofrimento psíquico intenso, e que deve envolver diretamente um trabalho de assistência social.

O exercício profissional orientado por um projeto profissional que contenha valores universalistas, baseado no humanismo concreto, numa concepção de homem enquanto sujeito autônomo, orientado por uma teoria que vise apreender os fundamentos dos processos sociais e iluminar as finalidades, faculta aos assistentes sociais a consciência de pertencer ao gênero e lhe permite desenvolver escolhas capazes de desencadear ações profissionais motivadas por compromissos sociocêntricos que transcendem a mera necessidade pessoal e profissional. (GUERRA, 2007, p.15).

O CFESS (2010) tem como objetivo a construção de uma sociedade radicalmente justa e democrática, sem preconceitos de origem, raça, etnia, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação, em consonância com o Código de Ética do(a) Assistente Social. Considerando-se que os direitos à livre orientação sexual e à livre identidade de gênero constituem direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, queers, intersexuais, assexuais, entre outros (LGBTQIA+), sua proteção requer ações efetivas das entidades do Serviço Social no sentido de assegurar o pleno exercício da cidadania desta população; posto que toda pessoa tem direito ao devido tratamento correspondente a sua identidade de gênero. O Serviço Social foi a primeira categoria profissional no Brasil a garantir a utilização do nome social no exercício profissional às/aos profissionais travestis e transexuais e, posteriormente, a assegurar o nome social no documento de identidade profissional.

Para o atendimento da população LGBTQIA+ não se configura de forma diferenciada. É evidente que existem séries de especificadas de demandas que são trazidas por esses sujeitos e, que precisam ser tratadas de forma mais específica e singular, mas trabalhar o protagonismo perpassa

a escuta qualificada, a observação participante e, principalmente, a construção de metas exequíveis. (PAIVA, 2020, P. 102)

As políticas voltadas a essa população transgênero podem ser elencadas a partir do referencial dos problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão, que para ser compreendido, exige uma análise mais detalhada, fazendo-se necessário um resgate do processo de construção do sistema de saúde. Através do atendimento ao usuário, compreender sua situação e realizar o encaminhamento adequado, informar e mobilizar o usuário acerca de seus direitos e de seu papel como cidadão. Os serviços que são acessados por essa população, aos poucos vão sendo construídos como uma instância legítima para o acesso aos procedimentos para a transição de gênero. Todavia, sua efetivação depende de melhorias no funcionamento do SUS, capacitação profissional, tanto da equipe de saúde quanto dos próprios assistentes sociais, e reconhecimento das especificidades de cada conceito que é capaz de destacar a diferenciação entre os gêneros, cujo conceito e como concorrem entre si, sem atribuir uma valoração moral diferenciada.

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do serviço social na área da saúde consiste em estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS, para tanto, é necessário conhecer a realidade das condições de vida e trabalho dos usuários, esclarecendo determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença. Assegurar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, buscando a atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde, também consiste na intervenção do assistente social na saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

### **3.3 - CONFLITOS COM O SISTEMA DE SAÚDE**

As dificuldades dessa população em buscar ou frequentar um serviço de saúde, tem um histórico frequente de abandono ou desistência de tratamentos em andamento, mesmo nos casos de doenças crônicas ou graves, sendo geralmente por motivos de preconceito que sofrem ao buscar atendimento nos locais de saúde. Onde a recusa do atendimento humanitário com os pacientes trans, o desrespeito à identidade de gênero em casos de

internação hospitalar, a resistência de pessoas trans em buscarem serviços de saúde provocada pela discriminação, e a própria desinformação desses usuários sobre os serviços oferecidos e a busca pelos seus direitos. A base de confiança que deve nortear a relação profissional-paciente, embora o dever de sigilo é, ainda hoje, “um dos compromissos éticos mais desrespeitados no dia a dia das unidades hospitalares e sanitárias” (VILLAS-BOAS, 2015, p. 514)

Mesmo com a implantação de políticas públicas, essas populações historicamente excluídas não têm acessado a contento os serviços públicos de saúde. Transexuais e travestis são apontadas como um dos grupos que mais sofrem com o preconceito por subverterm a heterossexualidade compulsória, como também os padrões de masculinidade e feminilidade vigentes. Estudos apontam que o preconceito dos profissionais da saúde tem prejudicado o atendimento adequado dessa população. Um exemplo da centralidade do combate ao preconceito nesse texto pode ser visualizado no objetivo geral dessa Política (BRASIL, 2010a, p. 16). Entretanto, apesar de várias iniciativas, parece que tal desenho ainda não corresponde às expectativas da população trans, já que os índices sobre a expectativa de vida da população ainda são baixos.

Recentemente, um relatório chamado "Transexualidades e Saúde Pública no Brasil", do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT e do Departamento de Antropologia e Arqueologia, revelou que 85,7% dos homens trans já pensaram em suicídio ou tentaram cometer o ato (ANTRA, 2018, p. 25).

O sistema de saúde que instrumentaliza o trabalho da equipe multiprofissional, induz aos profissionais a buscar dentre os pacientes, quem são “realmente transexuais”. Aqueles indivíduos cujo comportamentos, vestimentas e gostos que melhor reproduzem os comportamentos universalizantes de masculinidade e de feminilidade esperados em homens e mulheres socialmente aceitos. No acesso aos programas de saúde, priorizam diagnósticos focalizando estereótipos que produzem a ideia de que o gênero é reflexo da genitália e do padrão estético. Sendo que uma forma padronizada de distribuição de corpos de forma dicotômica: pênis-masculino-homem *versus* vagina-feminino-mulher.

Parece que a ciência não tem muita pressa em criar tecnologias para intervir nos corpos-sexuados femininos, levando-me a pensar nas assimetrias de gênero na produção das tecnologias para transformar os corpos femininos (BENTO B. 2006 p. 158.)

A partir do panorama de precarização das políticas públicas e do processo de exclusão de travestis e transexuais dos equipamentos de saúde, somos capazes de analisar o contexto a respeito das dificuldades para que travestis e transexuais passem a ter assistência à saúde pública como população com suas especificidades reconhecidas pelo Estado. Entretanto, é recorrente serem vistos como sujeitos “sujos” que precisam ter a sua sexualidade higienizada a partir de um padrão heterossexual, ou submetidos a ações resumidas ao campo das IST/AIDS. Com isso, segundo o Caderno de Saúde Pública (2019), a vulnerabilidade de exemplificada pelos agravos relativos à saúde mental e pela alta prevalência do HIV, onde a construção e a manutenção do diagnóstico em relação aos corpos transexuais, passa a ter uma relação de patologização das identidades, onde produz-se uma relação médico/paciente que irá causar uma marginalização, exclusão dos serviços de saúde.

O modelo biomédico hegemônico, de atuação dos profissionais que atuam dentro dos padrões mercadológicos à Saúde Pública, possuem uma insistente compreensão da saúde como ausência de doença. É ainda predominante o protagonismo da doença nos processos de produção de tecnologias, saberes, intervenções profissionais e investimentos públicos em saúde. Os autores Almeida e Murta defendem, como uma forma de resistir ao modelo de atenção biomédico no processos transexualizadores, a necessidade de uma atenção multiprofissional que ofereça “o suporte técnico e ético necessário a quem desejar enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquele/àquela que afirma uma identidade de transexual” (2013, p. 401).

Para Tagliamento (2013), os cuidados básicos, os princípios de não discriminação e confidencialidade são frequentemente violados, enquanto nos cuidados de saúde mental, os serviços psicossociais para pessoas trans são raros ou inexistentes. Como avaliações psicológicas e/ou psiquiátricas são necessárias em muitos contextos para acesso a cuidados de saúde relacionados à transição e ao reconhecimento legal de gênero, torna-se um problema o fato de muitas pessoas trans não confiarem nesses profissionais e instituições. Os cuidados

de afirmação de gênero são muitas vezes inacessíveis, devido à crença de que essas intervenções cirúrgicas e médicas são apenas cosméticas, e são medicamente desnecessárias, ou são a manifestação de transtornos mentais. Mesmo quando os serviços específicos de trans estão disponíveis, eles geralmente são extremamente caros e não são cobertos pelos seguros de saúde.

Essas barreiras programáticas fazem com que os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), que regulam as práticas em saúde no Brasil, não sejam efetivados em sua totalidade na vida cotidiana das pessoas trans, dificultando o seu acesso à saúde integral, reforçando a vulnerabilidade social e aumentando a vulnerabilidade programática ao adoecimento. (TAGLIAMENTO, 2013, p. 147).

A existência de políticas públicas e de legislações não é garantia de efetivação dos direitos humanos e sexuais das pessoas trans. A falta de preparo dos profissionais de Saúde, na estrutura arquitetônica pouco sensível à necessidade de mitigar a estigmatização, no fluxo de atendimento dos serviços e na falta de aceitabilidade dos serviços a suas vivências, suas experiências e seus modos de vida. Se torna de extrema importância, a compreensão da equipe que irá atender essa população, sobre os múltiplos elementos que as cercam e as fragilidades de um diagnóstico que busca padronizar as vidas trans.

As campanhas de prevenção Outubro Rosa e Novembro Azul sequer consideram as pessoas trans e suas especificidades, que, nesse caso, devem ser trabalhadas de forma inversa à expressão de gênero, de acordo com o corpo biológico. Não obstante, atualmente é possível considerar evidências de casos de depressão e crise de ansiedade e sensações de pânico, frequentes, vivenciadas principalmente pelas pessoas trans e travestis. Tais dados se revelam por meio de estudos relacionados à saúde mental de população LGBTQIA+, onde, de acordo com o Grupo Gay da Bahia – GGB, em 2018, o segundo maior número de mortes pela população LGBTQIA+ se deu por suicídio. (PAIVA, 2020, p. 55).

O SUS tem um papel fundamental, como instrumento de promoção da cidadania das pessoas trans na medida, que os serviços que permitam o usuário de enfrentar os

determinantes e os condicionantes da saúde e do adoecimento. Entretanto, as normativas que estruturam o sistema de saúde, ainda não foram integralmente acolhidas no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde, impedindo a garantia do acesso universal à saúde pelos pacientes trans. Tendo isso em mente, a valorização e a estruturação do acesso ao SUS, deve considerar os aspectos próprios às experiências das pessoas trans, como a garantia do direito ao nome social e ao atendimento livre de discriminação. Isso é indispensável para que consultas e exames de rotina, informações sobre prevenção a doenças infecciosas, distribuição de preservativos, etc., assim como as condições para que possam trabalhar e garantir seu sustento possam produzir efeitos positivos no cuidado com a saúde.

Porém, apenas a garantia da utilização do nome social não basta para uma maior qualidade prestada nos serviços. É preciso, também, que as(os) profissionais estejam mais bem preparadas(os) para atender de maneira não estigmatizante e discriminatória, ou seja, não restringindo as questões relacionadas à saúde da pessoa trans somente a questões psicológicas, “como ocorreu com Luciana, que procurou o serviço de saúde por uma indigestão alimentar e o médico disse a ela que o seu problema era relacionado ao fato de viver uma vida que não era dela, de viver enquanto mulher em um corpo de homem, e que deveria procurar um atendimento psicológico” (TAGLIAMENTO, 2013, p. 143)

O processo de construção e consolidação das políticas de saúde, passa por um movimento dinâmico, que se materializa por meio da ação concreta de ações dos movimentos sociais. O sistema cujo, as políticas que dependem fortemente da ação intersetorial, o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e a participação social passam a ser fundamentais para que os avanços obtidos na incorporação da dimensão de gênero nos planos federais, de fato, resultem em melhores condições de saúde para as cidadãs e cidadãos brasileiros. A efetiva implementação dessas políticas dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolve gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada, academia, como um processo social complexo que mobilizará diversos objetivos, interesses e valores sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas que estruturam o Sistema de Saúde no Brasil, voltadas para a população LGBTQIA+, são compostas por um compilado de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de Saúde, dos conselhos de Saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. Além do respeito, sem preconceito e sem discriminação, que deve ser valorizado nas políticas como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Com isso, essas reivindicações vêm sendo construídas paralelamente aos esforços pela consolidação do SUS e evocam debates acerca das implicações das desigualdades sociais no cuidado.

Segundo o Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8662/93, a atuação dos assistentes sociais contribui para modificar as relações sociais que tornam possível a exploração e opressão dos mais diferentes grupos sociais e não assistidos de forma republicana e igualitária. Sua inserção nas pautas que lidam com a diversidade sexual e de gênero irá exigir do profissional a apreensão e fortalecimento de conhecimentos e experiências que sejam capazes de, com informações pertinentes às diferentes trajetórias de vida, atuar na perspectiva da emancipação humana articuladas na da questão social. Entretanto, as dificuldades dessa população em buscar ou frequentar um serviço de saúde, confirmam o histórico frequente de abandono ou desistência de tratamentos em andamento, dados o desrespeito à identidade de gênero, a resistência de pessoas trans em buscarem serviços de saúde provocada pela discriminação, e a própria desinformação desses usuários sobre os serviços oferecidos e a busca pelos seus direitos.

Autor Benedetti (2005, p.326) afirma que o corpo das pessoas trans “é, sobretudo, uma linguagem”, e o desrespeito ao nome social, e com isso é necessário também, problematizar a atuação do assistente social junto aos profissionais da saúde, atentando para as consequências da imposição do gênero e da heteronormatividade para a saúde das pessoas trans. O preconceito nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no processo

transexualizador afetam como principais impedimentos ao acesso universal, integral e equânime pelos participantes desta pesquisa do SUS. Para uma construção de intervenções na saúde de um usuário, é necessário considerar as condições de vulnerabilidade que envolvem suas relações. Pois ao refletir sobre as diversas expressões da questão social que impactam a saúde de pessoas trans, também é preciso analisar os aspectos de pobreza, transfobia, marginalização social, violência, evasão escolar, uso abusivo de drogas, prostituição, desemprego e perda de laços familiares.

A melhoria da atenção às necessidades de saúde para esse público requer uma intensificação no debate sobre os problemas estruturais da política de saúde pública, na defesa de um projeto de saúde para todos e da visão ampliada de cuidado. É notável que no perfil das travestis e transexuais geralmente haja a incidência de uma única história em comum, que começa com a expulsão de casa pela família, evasão escolar, busca de renda na prostituição, e termina com a morte violenta. Segundo Rocon (2016, p.2521), as dificuldades para obter um efetivo amparo pelo Sistema Único de Saúde encontra-se com as variadas motivações e necessidades de transformação do corpo, atravessadas por diversos determinantes sociais, como o risco de adoecimento e morte por recorrerem ao uso de hormônios sem acompanhamento de profissionais de saúde. Desejo, sonho, necessidade e sobrevivência se misturam na empreitada de modelar o corpo sob risco.

As expressões da questão social vivenciadas pela população trans, por vezes, são invisíveis para a sociedade, incluindo as que tangem a ausência de políticas específicas de saúde e a falta de dados sobre suas demandas. Assim, a falta desses dados cria a impressão de que as diferenças não existem, mascarando e reforçando as desigualdades em nome de uma norma social. Ao problematizar a relação dessa população tão invisibilizada com as políticas de saúde, questiona-se as condições e a forma que essa população encontra para seu acesso às políticas de saúde bem como problematizar as consequências inerentes e derivadas das experiências e tensões durante os atendimentos. Analisando como é a busca da população trans aos acessos à saúde quando não há política específica nem formação profissional para atendê-la e as tensões que isso produz, a partir da incompreensão e preconceitos.

Segundo Teixeira (2014, p.502), as pessoas trans, em seus processos de construção de um novo corpo, “são conduzidas a um investimento identitário significativo”, com isso transexualidade está além dos conceitos utilizados pelo padrão social. Pode-se entender por uma percepção histórica e social, construída com o passar dos anos, que permite que os transexuais possam ter um pouco mais de visibilidade. Entretanto, apesar do Brasil possuir um forte movimento social, ainda caminha em passos lentos no que diz respeito à criação de uma legislação voltada à dignidade e à proteção. As políticas voltadas a transexualidade necessitam de políticas públicas, que garantam de forma integral a sua inclusão social e os direitos fundamentais, e o direito de ser livre e expressar-se de acordo com sua identidade de gênero. É papel do Estado combater a discriminação e desenvolver políticas que mitiguem ao máximo as expressões da questão social vivenciadas pelo indivíduo transexual, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Segundo o Caderno de Saúde Pública (2019), a vulnerabilidade de travestis e transexuais pode ser exemplificada pelos alarmantes índices de violência e assassinatos sofridos, pelos agravos relativos à saúde mental e pela alta prevalência do HIV. Ademais, o estigma e a discriminação sexual têm sido apontados como importantes obstáculos ao acesso desse segmento social aos serviços de prevenção e cuidado. Em função disso, a agenda de direitos de cidadania para esse segmento inclui demandas por uma atenção integral em saúde e acesso aos serviços livre de discriminação. Essas reivindicações vêm sendo construídas paralelamente aos esforços por consolidação do SUS e evocam debates acerca das implicações das desigualdades sociais no cuidado em saúde.

Segundo Tagliamento (2013, p. 147), o despreparo dos profissionais começa desde a sua chegada ao serviço de saúde, quando é necessário que elas peçam que seja utilizado seu nome social, apesar da legislação e políticas públicas vigentes, que garantem não precisar solicitar isto, embora ainda ocorram recusas de profissionais de saúde em atender à sua solicitação. Essas situações, muitas vezes, estão ligadas à falta de conhecimento dos profissionais sobre os documentos que tratam do assunto. Tal violação de direito vem refletindo no fracasso do acompanhamento médico ou na não adesão a tratamentos no grupo, prejudicando diagnósticos precoces e o acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O acolhimento de travestis e transexuais nos serviços de atenção básica requer

dos profissionais a conscientização e o reconhecimento das singularidades desta população, no sentido de evitar a normatização que possa gerar processos de exclusão ou discriminação destas pessoas, comprometendo o cuidado prestado.

A respeito do processo transexualizador, (PTSUS) por meio da Portaria 1707/2008 é de suma importância pensar no diagnóstico como condição de toda a atenção à saúde como um direito, evitando a ideia indevida de deveres de adequação social. Entretanto, o Estado não pode tirar o peso da responsabilidade da supervisão e implementação do cuidado, visto que o direito à saúde e à personalidade e o princípio da dignidade não possuem barreiras frente à pluralidade. A integralidade do direito à saúde deve ser cumprida, independentemente do fator patológico. A existência de realidades e necessidades distintas, exprimem quanto à característica das intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada indivíduo. E essas variações expressam uma necessidade de promoção da inclusão desses indivíduos como cidadãos de direitos e a inclusão de transexuais no SUS, pois passam a requerer demandas mais amplas que a questão da cirurgia de redesignação sexual.

Os protocolos de atendimento à saúde trans do Ministério de Saúde não costumam compreender o desejo (ou não) do usuário em relação ao processo de redesignação sexual, e os enxergam como o único desfecho nos processos de transição no gênero. Padronizando o indivíduo, e somente trabalhando com o modelo de normalização por meio do qual se afirmar que todas as pessoas trans que buscam serviços do processo transexualizador, devem desejar eliminar suas genitálias. Aqueles que buscam atendimento especializado para tratamentos de saúde, encontram obstáculos desumanizadores, onde passam por preconceito nos espaços em que transitam durante os atendimentos. Segundo debates de Arán (2008), o Estado não pode tirar o peso da responsabilidade da supervisão e implementação do cuidado, visto que existe um promotor de seletividade diante o direito à saúde dessa população, como por exemplo, em casos que o ato da apresentação dos documentos na recepção dos serviços de saúde mostrou-se momento crucial que pode garantir a permanência, e o vínculo com a instituição e com os profissionais. Ao violar o direito ao uso do nome social, além de ser um ato de transfobia institucional, pode ser determinante para o distanciamento da rede de atenção à saúde. E assim, ignorando todo um processo de relação desde a saúde básica, até a alta complexidade.

A exigência por uma patologia nos atendimentos e a restrição de serviços preparados para o processo transexualizador, faz com que esses usuários passem a ter medo de acessar os locais de saúde, e optem por modelar seus corpos com o uso indiscriminado de hormônios feminilizantes ou masculinizantes, sem orientação profissional e injeções de silicone industrial líquido inapropriado para uso humano, realizadas geralmente por outras travestis sem a assepsia mínima necessária. O estudo de Romano (2008, p.214) evidenciou o uso, considerado abusivo, de hormônios entre mulheres trans e travestis como causa de distúrbios hepáticos. E esses procedimentos podem trazer consequências irreversíveis para a saúde, porém os riscos e danos não são suficientes para desmotivar as práticas, devido à falta de alternativas que supram essa necessidade ou amplie a reflexão de pessoas trans sobre as possíveis complicações e fatalidades com o uso inadequado destas substâncias. Evidenciando uma necessidade de um atendimento especializado e preparado para o acesso aos ambulatórios no processo transexualizador, pois limita e fragmenta o cuidado em saúde desta população.

As pesquisas de Bento (2006), evidenciaram o diagnóstico como promotor da seletividade no acesso a esses programas, de modo que são pautados onde a transfobia praticada por profissionais da saúde estabelece barreiras para o acesso à saúde pela população trans. As diversas formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde, fazem com que muitas pessoas trans passem a ter receios, resistindo a buscar tratamentos de saúde, produzindo um quadro de exclusão do acesso à saúde, o que agrava as condições de vulnerabilidade social em que geralmente vivem as pessoas trans. Essas verdadeiras situações de violência nos serviços de saúde podem produzir quadros de adoecimento irreversíveis e levar à morte, causadas pelo abandono de tratamentos em saúde de média e alta complexidade. Além do medo da falha no sigilo após os atendimentos e a quebra de privacidade sobre a descoberta de um diagnóstico, vem comprometendo o acolhimento das demandas das travestis e transexuais, refletindo na baixa ou na não adesão a ações de promoção da saúde ou prevenção de doenças, fazendo com que este grupo muitas vezes opte pelos serviços especializados e não busquem os serviços locais.

Entre avanços e retrocessos dentro das lutas vivenciadas pela população trans ainda estamos distantes, principalmente na realidade brasileira, do ideal esperado, que atenda todas

as necessidades das pessoas trans. Para Jesus (2013, p.119), o fato de uma pessoa se assumir como transexual, não mais seria considerado uma razão de luto para ela, os familiares e amigos, mas de enorme alegria, visto a pessoa estar se encontrando, em uma espécie de segundo nascimento. A mobilização social, como forma de influência dos grupos sociais marginalizados, pode permitir com que pessoas que vivenciam a dimensão das transexualidades, orientadas por políticas de cunho identitário, tornem a sua realidade cada vez visível, para propiciar um maior reconhecimento de sua humanidade e da justeza de suas várias demandas.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- ALVES, Gabriela Barreto. **Transexualidade e direitos fundamentais: o direito à identidade de gênero.** 2013. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Centro de Ciências jurídicas, Universidade Estadual da Paraíba, 2013.
- ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jaqueline. **O que é feminismo.** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2003.
- AMARAL, Daniela Murta. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil.** 107 f. Tese (Doutorado), Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2011.
- ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transsexuais: **BOLETIM Nº 002-2021.**
- 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. 2013.
- ARÁN, Marcia; ZAIHAF, Sérgio; MURTA, Daniela. **Transexualidade: Corpo, Subjetividade e Saúde Coletiva.** Psicologia & Sociedade; 20, 70-79, 2008.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. **Transexualidade e saúde pública no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1.141-1.149, 2009.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro, Garamond, 2006.
- BENTO, Berenice. **O que é transexualidade.** Ed. Brasiliense, São Paulo, 2008.

- Benedetti MR. **Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 2013.
- Brasil. Portaria n. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), **o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Diário Oficial União 2008; 18 ago.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sóciohistóricos**. São Paulo: Cortez, 2013.
- BUTLER, Judith. **Undoing gender**. New York: Routledge, 2002. **O parentesco é sempre tido como heterossexual?** Cadernos Pagu, 21, 2003.
- BUTLER, Judith. **Desdiagnosticando o gênero**. Tradução: André Rios. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.
- Cadernos de Saúde Pública: **A construção do corpo e itinerários de saúde: um estudo entre travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro, Brasil**. Rio de Janeiro; 2019, abril.
- CASTEL, PH. **Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995)**. Rev bras Hist 2001; 21(41):77-111.
- CARVALHO, Mario; CARRARA, Sérgio. **Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil**. Sexualidad, Salud y Sociedad. Rio de Janeiro, dossier n. 2, n. 14, p. 319-351, ago.

2013.

- CARDOSO, MR, FERRO, LF. **Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão** Psicol Cienc Prof.2012; 32 (3): 552–63.
- CONNELL, Robert W. **Políticas da Masculinidade**. Educação & Realidade: Políticas da Masculinidade (1995)
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.482 /1997**
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.652/2002**
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1955/2010**
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.265/2019**
- CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. Conselho Federal de Serviço Social, 2010.
- FOUCAULT, Michel. (1988). **A História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal.
- GROSSI, Miriam Pillar. **“Identidade de Gênero e Sexualidade”**. Antropologia em Primeira Mão, n. 24, Florianópolis, PPGAS/UFSC, 1998.
- GROSSI, Miriam, HEILBORN, Maria Luiza, RIAL, Carmen. (1998). **Entrevista com Joan Wallach Scott**. Revista Estudos Feministas. Vol.6, n.1/98.
- GUIMARÃES, Thayse Figueira. **A construção do corpo sexuado: uma reflexão sobre os dignificados de gênero e de como este se articula com o corpo**. Sociais e Humanas, Santa Maria, v. 24, n. 2, 148-161, 2011.
- GUERRA, Yolanda. **O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento**

**das condições contemporâneas da prática profissional** In: Serviço Social & Sociedade São Paulo: Cortez, n. 5, v. 28, 2007. p.15.

- GREEN, Richard. **Mythological, historical and cross-cultural aspects of transsexualism.** In Dallas Denny, editor. Current concepts in transgender identity. New York: Garland publishing, 1998. p. 3-14.
- HELEIETH, I.B. Saffioti. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero .** Cadernos Pagu, Desdobramentos do feminismo, v.16, p. 115-136, 2001.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais.** In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.
- IRIGARAY, Helio Arthur Reis. **Identidades Sexuais Não-Hegemônicas: A Inserção dos Travestis e Transexuais no Mundo do Trabalho Sob a Ótica Queer.** Florianópolis, SC. 2010.
- JESUS, Jaqueline G. (2012). **Visibilidade transgênero no Brasil.** Correio Braziliense, caderno Opinião, p. 13, 18 de janeiro.
- JESUS, Jaqueline Gomes de **Transfobia e crimes de ódio Assassinatos de pessoas transgênero como genocídio.** 2013.
- KRUGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP, n. 10. São Paulo, 2010.
- LANZ, LETÍCIA. **O CORPO DA ROUPA. A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero** (2014)
- LIONÇO, Tatiana. **Que direito à saúde para a população GLBT?** Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade,

2008.

- MELLO, Luiz et al. **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.** *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 9, p. 7-28, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Relatório Final.** Brasília, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. Brasília, 2008b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2009a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT.** Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803**, Brasília, DF, 19 de Novembro de 2013.
- Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**, 2020.
- NASCIMENTO, Ewerton S; LARA, Sheila V. **Alternativas de mercado de trabalho para as travestis de Aracaju.** Aracaju: Ministério da Justiça, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10.** Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007. 1191 p.

- PAIVA, Gleydson. **Políticas Descoloridas: Perspectivas acerca do (in)acesso às políticas públicas pela população LGBTQIA+**. Editora Autografia. Volta Redonda, 2020.
- PELÚCIO, Larissa. **Travestis Brasileiras: singularidades nacionais, desejos transnacionais**. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 26., Porto Seguro, 2008. Anais... Porto Seguro, 2008
- PornHub Insights, **2018 year in review**: <https://www.pornhub.com/insights/2018-year-in-review>.
- **RESOLUÇÃO CFESS Lei n° 8.662**, de 7 de Junho de 1993
- **RESOLUÇÃO CFESS N° 615**, de 8 de setembro de 2011
- **RESOLUÇÃO CFESS n° 785**, de 22 de dezembro de 2016
- **RESOLUÇÃO CFESS N° 845**, de 26 de fevereiro de 2018.
- RODOVALHO, A. M. **O cis pelo trans**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 25, n.1, p. 365-373, jan. 2017.
- ROMANO, VF. **As travestis no programa saúde da família da Lapa**. Saude Soc. 2008; 17(2):211-9.
- ROCON, PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. **Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(8):2517-2525, 2016.
- SANTANA, Paula Santos Sampaio. **A transgeneridade e o binário de gênero no sistema carcerário brasileiro**. 2016. 73 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Direito)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007.

- SCOTT, Joan W. **Gênero: uma categoria útil de análise**. In: Educação e Realidade. v. 6 no. 2: Porto Alegre, 1990.
- SCOTT, Joan. **“Gender: A Useful Category of Historical Analysis”**. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University Press. 1989. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila, autorizada por Joan W. Scott. Revisão do português: Marcela Heráclio Bezerra.
- TAGLIAMENTO, G. **Com a palavra o prover: uma análise das masculinidades produzidas em contextos familiares nos quais a mãe é a provedora**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007
- TAGLIAMENTO, G. (2013). **A arte dos (des)encontros: Mulheres trans e a saúde integral**. Rio de Janeiro: Multifoco.
- TEIXEIRA FB. **Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade**, Estud. Fem 2014; 20(2):501-521.
- \_\_\_\_\_ . **Transfobia. Série: assistente social no combate ao preconceito**. Caderno nº 4. Brasília: CFESS, 2016.
- VERAS, Elias Ferreira; GUASCH, Oscar. **A invenção do estigma travesti no Brasil (1970- 1980)**. história, histórias, v. 3, n. 5, p. 39-51, 2015.
- VILLAS-BOAS, M.E. **O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente**. Revista Bioética, São Paulo, v.3, n. 3.p. 515-523, 2015.
- WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. **Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero**. 7ª

versão. [S.l.], 2012.

- **YOGYAKARTA: Princípios sobre aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação. 2006.**