

A formação de profissionais para o cuidado em saúde de Travestis e Transexuais

The training of professionals for Transvestite and Transgender health care

Recebido: 30/01/2023 | **Revisado:** 22/03/2023 | **Aceito:** 24/04/2023 | **Publicado:** 28/06/2023

Roberta Baccarim

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

Universidade Tuiuti do Paraná
E-mail: roberta.gobbi@gmail.com

Grazielle Tagliamento

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

Universidade Positivo
E-mail: tgrazielle@hotmail.com

Fernanda Cabral Bonato

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5408-3137>

Universidade Federal do Paraná
E-mail: fernandacbonato@gmail.com

Como citar: BACCARIM, R. et al.; A formação de profissionais para o cuidado em saúde de Travestis e Transexuais.

Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica, [S.l.], v. 1, n. 23, p. 1-18, e14764, Jun. 2023. ISSN 2447-1801.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Resumo

As políticas públicas de saúde para transexuais e travestis, no Brasil, têm sido marcadas pela precariedade e falta de acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, esta pesquisa buscou analisar se as políticas públicas de saúde para travestis e transexuais têm proporcionado um aumento ou uma redução da vulnerabilidade ao adoecimento dessas pessoas. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa com profissionais da saúde de uma cidade da região Sul do Brasil. Observou-se que as normas regulatórias de gênero incidem na prática das políticas e no atendimento às pessoas travestis e transexuais, dificultando seu acesso aos serviços públicos de saúde e as colocando em situação de vulnerabilidade ao adoecimento.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde; Formação; Transexual; Travesti.

Abstract

Public health policies for transgender people and transvestites in Brazil have been marked by precariousness and lack of access to public healthcare. In this sense, the aim of this study was to analyze if public health policies for transvestites and transgender people have increased or decreased their vulnerability to illness. To this end, a qualitative research was conducted with health professionals from a city in the South Region of Brazil. It was found that gender regulatory norms have an impact on policy implementation and on the care of transvestites and transgender people, hindering their access to public healthcare and putting them in a situation of vulnerability to illness.

Keywords: Public Policies; Health; Training; Transgender; Transvestite.

1 INTRODUÇÃO

A formação continuada da/o profissional de saúde é essencial não só para a garantia dos princípios organizadores do sistema público de saúde, mas também para o atendimento não discriminatório garantido por lei e para a diminuição da vulnerabilidade ao adoecimento. Contudo é importante também considerar o viés que embasa essas formações, uma vez que pesquisadoras/es brasileiras/os engajadas/os no movimento pela despatologização das transexualidades e travestilidades têm denunciado o viés patologizante das classificações médicas e suas consequências nas vidas das pessoas travestis e transexuais e na elaboração e execução das políticas públicas e sociais de saúde brasileiras (BACCARIM; TAGLIAMENTO, 2018; BARBOSA, 2015; TAGLIAMENTO; PAIVA, 2016). Para Bento (2006), essas classificações têm um poder de apagamento e deslegitimação da pluralidade das identidades e vivências das pessoas travestis e transexuais, assim como simplificam os processos históricos e das trajetórias pessoais, proporcionando uma essencialização das experiências e dos corpos, que nunca podem ser “capturado[s] por algum nome em específico” (BUTLER, 2016, p. 27).

O viés patologizante colabora para a produção e aumento dos processos de estigmatização e discriminação que acometem a vida de pessoas travestis e transexuais diariamente. Esses processos violam os direitos à saúde universal e gratuita garantida pela própria Constituição Federal Brasileira, de 1988, e exercem um papel fundamental nas condições de saúde, sendo produtos de uma organização social que pensa o gênero de forma rígida e binária – homem/mulher, masculino/feminino –, perpetuando uma intolerância às pessoas que não correspondem ao gênero atribuído no nascimento (COSTA et al., 2010). Produzem, também, ações de marginalização, em que as pessoas travestis e transexuais sofrem pelo fato de não se enquadrarem no sistema normativo de gênero e de sexualidade imposto pela sociedade, escapando da classificação tradicional em que o gênero deve corresponder ao corpo anatomofisiológico.

Para travestis e transexuais, mesmo havendo políticas públicas no Brasil que busquem garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, os processos de estigmatização e discriminação impossibilitam tal acesso, assim como comprometem a qualidade prestada nesses serviços de saúde (TAGLIAMENTO, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição de 1988, opera por meio de políticas públicas voltadas à promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e hierarquização (SILVEIRA et al., 2007). Contudo, as políticas de saúde elaboradas pelo enfoque universalista de direitos – por exemplo, a de promoção da saúde – não acolhem todas as pessoas de maneira equânime, criando disparidades e a necessidade de reivindicação de políticas específicas, que possam atender uma população que se encontra às margens das políticas universais (LIMA, 2017). É no tensionamento do diálogo entre o Estado e os movimentos sociais brasileiros que surgem as políticas públicas voltadas para os direitos humanos e cidadania de pessoas travestis e transexuais (LIMA, 2017). Assim,

as ações de pessoas Lésbicas, Bissexuais, Gays, Travestis e Transexuais (LGBTs¹) no Brasil, através de movimentos sociais, têm sido imprescindíveis para a construção das políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos dessas pessoas (LIMA, 2017).

A partir dos anos 2000, época em que o movimento LGBT “passa a atuar fortemente junto ao Poder Executivo Federal para a gestação de políticas de direitos humanos e não mais apenas no campo da saúde” (PEREIRA, 2016, p. 122), surgem os marcos de maior relevância no âmbito da saúde para o acesso de travestis e transexuais aos serviços do SUS. Em 2001, foi criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) pelo Ministério da Justiça, e em 2002, através da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH), do mesmo órgão, o II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), que incluiu à sua versão original a categoria de discriminação por orientação sexual e especificou ações para o enfrentamento à não garantia de direitos das pessoas LGBTs (TAGLIAMENTO, 2013).

A partir de iniciativas do CNCD, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e com a sociedade civil organizada, foi lançado, em 2004, o Programa Brasil sem Homofobia que tinha como um dos seus objetivos “a educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos” para a extinção da discriminação (BRASIL, 2004, p. 7). Importante destacar que, até esse momento, o foco das políticas ainda estava centrado nas questões relativas à orientação sexual, não constando em seus textos as identidades de gênero (TAGLIAMENTO, 2013). Segundo a autora, essa situação começou a mudar no Brasil a partir da elaboração dos Princípios de Yogyakarta, de 2006, que contemplavam tanto os direitos humanos em relação à orientação sexual quanto à identidade de gênero.

Nessa época, ampliaram-se também as relações entre ativistas LGBTs e o Poder Legislativo, com debates sobre criminalização da LGBTfobia e direitos de pessoas travestis e transexuais, assim como com o Poder Judiciário, agora mais sensível às questões LGBTs (PEREIRA, 2016). A participação social em Conferências e Conselhos também foi favorecida nessa fase (FACCHINI, 2005).

No âmbito da saúde e voltada às/aos profissionais e usuárias/os do SUS, foi lançada a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006a) onde consta como direito da pessoa o uso do nome social nas dependências do SUS, independentemente da identificação do nome civil no cadastro. Há também a Política Nacional da Promoção de Saúde (BRASIL, 2006b), que institucionaliza as premissas da promoção da qualidade de vida a todas/os, no intuito de reduzir a situação de vulnerabilidade e riscos à saúde. A partir dela e em vias de garantir a promoção de saúde integral para LGBTs, foi instituída pela Portaria nº 2.836, de dezembro de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que é pautada nas necessidades específicas de assistência e atendimento em saúde, considerando os aspectos negativos dos processos de estigmatização e discriminação sofridos por essa população em todos os setores de suas vidas. Essa portaria busca implementar ações que visem à ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, assim como a garantia da equidade e integralidade

¹ Atualmente a sigla LGBT já não comporta todas as sexualidades e gêneros não normativos, mas optamos por manter esta por ser a que ainda é utilizada nas resoluções, leis e portarias que serão citadas no decorrer do artigo, e ser a que foi aprovada pelo movimento social na 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

destes, e a qualificação das/os profissionais da rede para o trabalho humanizado e livre de preconceitos (BRASIL, 2013).

A partir de 2009, com a Portaria nº 1.820, também do MS, o uso do nome social, independentemente do nome em registro civil, passou a ser garantido a todas/os as/os cidadãs/aos no momento do cadastro nas unidades de saúde do SUS (BRASIL, 2009). Na esfera estadual, com o intuito de assegurar este direito em suas unidades, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) divulgou a Resolução nº 188/2010, que estabelece diretrizes, para funcionárias/os e usuárias/os do SUS, no serviço e solicitação do nome social (PARANÁ, 2010). A SESA ampliou este direito com a publicação da Resolução nº 080 de 2015, que estabelece o seu uso em todos os serviços de saúde públicos do Paraná, e também garante à pessoa travesti e transexual a possibilidade de escolha da ala de preferência, quando necessitar de acomodação em ambiente que exija separação por 'sexo' (PARANÁ, 2015).

No âmbito das conquistas políticas sobre o direito e regulamentação do processo transexualizador e da cirurgia de transgenitalização, a primeira portaria publicada foi a de nº 457, pelo MS (BRASIL, 2008), possibilitando pelo SUS a terapia hormonal e as cirurgias de redução do pomo de adão, adequação das cordas vocais e adequação genital apenas para pessoas diagnosticadas com transexualidade (e do 'masculino' para o 'feminino'). Essa portaria foi substituída pela de nº 2.803, do MS (BRASIL, 2013), que foi instituída para incluir pessoas que não estavam previstas para atendimento na anterior, inclusive as que não desejam fazer a cirurgia de transgenitalização.

No estado do Paraná, o ambulatório especializado no processo transexualizador, localizado na cidade de Curitiba – Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT) –, foi inaugurado em dezembro de 2013. No ano de 2017, o procedimento de cadastro das/os usuárias/os do processo transexualizador no CPATT sofreu alteração. O que antes era feito internamente passou a ser vinculado ao cadastro da/o usuária/o no SUS. Ou seja, a partir desse ano, a pessoa que desejasse agendar consultas deveria ser encaminhada via Unidade Básica de Saúde.

Diante do exposto, observa-se que foi a partir de 2006 que surgiram no Brasil as políticas públicas mais importantes para a garantia de direitos de travestis e transexuais na esfera da saúde pública, como as voltadas para o uso do nome social, da promoção de saúde integral e do processo transexualizador. Como reação a essas conquistas de direitos das pessoas LGBTs, teve-se o forte avanço do conservadorismo religioso e da 'bancada evangélica', formada por deputadas/os e senadoras/es que pautam sua atuação no fundamentalismo religioso e que é contrária às pautas e debates sobre cidadania LGBT, aumentando as barreiras à garantia de direitos dessa população. No entanto, as barreiras no acesso das pessoas travestis e transexuais aos serviços de saúde aumentam a sua vulnerabilidade ao adoecimento (TAGLIAMENTO, 2013) e o quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, proposto por Ayres, Paiva e França Jr. (2012), se propõe a analisar a vulnerabilidade ao adoecimento a partir de três eixos – individual, social e programático.

Na dimensão individual, encontram-se as questões que reconhecem a trajetória pessoal, os recursos que a pessoa dispõe, suas relações interpessoais, seus valores, crenças, desejos e o acesso que esta possui a informações (TAGLIAMENTO, 2013).

O plano social abarca a “análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural” (TAGLIAMENTO, 2013, p. 128), por exemplo, o acesso a emprego, saúde integral, educação, justiça, cultura, lazer, esporte, educação, as relações raciais, de gênero, geracionais, os processos de estigmatização, e a liberdade para mobilização e participação social. Já na dimensão programática estão as políticas públicas e sua aceitabilidade/sustentabilidade, a integração entre prevenção, promoção e assistência, os enfoques multidisciplinares, a qualificação das/os profissionais, a integralidade, o acesso e a equidade em saúde (TAGLIAMENTO, 2013).

A análise dessas três dimensões deve ser pautada pela perspectiva dos direitos humanos. Para Gruskin e Tarantola (2012), as estratégias de saúde pública baseadas nos direitos humanos evidenciam o contexto legal e político onde se dão as intervenções em saúde, do mesmo modo que introduzem “princípios de direitos, tais como a não discriminação e a participação das comunidades afetadas no desenho, implementação, monitoramento e avaliação” (p. 30) das intervenções e dos programas e políticas de saúde. Para esses autores, a introdução dos direitos humanos na saúde pública converge a abordagens e processos que, em sua aplicabilidade, proporcionam mais benefícios à população, da mesma maneira que permite a responsabilização legal e pública das ações e omissões de governos e agências internacionais de saúde.

Os estudos nos mostram, portanto, que houve um aumento nas organizações sociais e nas legislações que tratam das questões LGBTs no Brasil, mas que as barreiras colocadas pelas desigualdades de gênero, em conjunto com questões de raça e classe, continuam tendo efeito na falta de garantia do direito de transexuais e travestis na saúde pública, tornando-as/os menos cidadãos/os e fazendo com que continuem sofrendo injustiças. Pela importância que o campo programático possui para a garantia do direito à saúde, nesta pesquisa buscou-se analisar se este tem proporcionado um aumento ou uma redução da vulnerabilidade ao adoecimento das pessoas travestis e transexuais, a partir dos discursos das/os profissionais da saúde de Curitiba, Paraná.

2 MÉTODO

Visando uma melhor compreensão, através da linguagem, dos possíveis agravadores da vulnerabilidade de travestis e transexuais ao adoecimento, esta pesquisa utilizou o método qualitativo. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas com um roteiro de perguntas semiestruturadas que abordaram: o conhecimento das/os profissionais sobre travestilidades e transexualidades; conhecimento das políticas públicas para essa população; experiência no atendimento a travestis e transexuais; e formação regular ou continuada sobre gênero.

As entrevistas foram realizadas, no ano de 2017, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma na região central e outra periférica, e em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) periférica, na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil.

Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Tuiuti de Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde, seguindo para consentimento das coordenações das unidades de saúde. Todas/os as/os entrevistadas/os assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizaram a gravação em áudio das entrevistas.

2.1 PARTICIPANTES

Foram entrevistadas/os 19 profissionais da saúde conforme a Figura 1. Destas/es, nenhuma pessoa transexual ou travesti.

Figura 1: Caracterização das/os profissionais entrevistadas/os

	Nome ²	Gênero	Formação	Idade	Função	Tempo na Unidade
UPA periférica	Alice	feminino	Técnico de Enfermagem	44 anos	Auxiliar de enfermagem	1 ano e 3 meses
	Débora	feminino	Técnico de Enfermagem	43 anos	Técnica de enfermagem	3 anos
	Guilherme	masculino	Técnico de Enfermagem	32 anos	Socorrista do SAMU	8 anos
	Márcia	feminino	Enfermagem	55 anos	Enfermeira	5 anos
	Igor	masculino	Gestão Hospitalar e Técnico de Enfermagem	52 anos	Técnico de enfermagem	4 anos
	Alberto	masculino	Medicina/Ginecologia e Obstetrícia	56 anos	Médico emergencista	8 anos
	Nara	feminino	Técnico de Enfermagem	34 anos	Auxiliar e técnica de enfermagem	5 anos
UBS periférica	Marcela	feminino	Técnico em Agente comunitária de saúde	57 anos	Agente comunitária de saúde	6 anos
	Silvia	feminino	Enfermagem	37 anos	Enfermeira	4 anos
	Renata	feminino	Técnico de Enfermagem	41 anos	Auxiliar de enfermagem	6 anos, mudou de unidade e voltou há 5 meses
	Viviane	feminino	Psicologia	53 anos	Psicóloga	15 anos

² Para garantir o anonimato das/os participantes, foram utilizados nomes fictícios.

	Thais	feminino	Auxiliar de saúde bucal	58 anos	Auxiliar de saúde bucal	37 anos
	Elis	feminino	Medicina/Ginecologia	44 anos	Médica da família	9 anos
UBS central	Heloisa	feminino	Enfermagem	37 anos	Enfermeira	4 anos
	Jaime	masculino	Medicina do Trabalho	52 anos	Médico da família	18 anos
	Carolina	feminino	Enfermagem	38 anos	Enfermeira supervisora	7 anos
	Anita	feminino	Técnico de Enfermagem (em curso)	48 anos	Agente comunitária de saúde	16 anos
	Fernanda	feminino	Técnico em Agente comunitária de saúde	36 anos	Agente comunitária de saúde	11 anos
	Lia	feminino	Medicina/Geriatria	36 anos	Médica da família	4 anos

Fonte: elaborado pelas autoras, 2017.

2.2 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados coletados foi utilizada a análise do discurso, em que se buscou fazer uma análise das narrativas das práticas cotidianas das/os profissionais de saúde de maneira contextualizada com a legislação e com as políticas públicas do SUS sobre a saúde integral de pessoas travestis e transexuais. Foi utilizado, para a análise dos fatores que implicam na vulnerabilidade ao adoecimento, o quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos que permite considerar não só a existência das políticas de saúde, como também sua divulgação, efetividade e se estas chegam de fato ao seu objetivo: garantir o direito das pessoas travestis e transexuais à saúde integral. Assim, o foco da análise da pesquisa foi no campo programático do quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. A análise da dimensão programática busca compreender “como as políticas e instituições, especialmente aquelas de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura, atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos” (AYRES; PAIVA; FRANÇA Jr, 2012, p. 86) ao adoecimento nas dimensões social e individual.

As ações programáticas, apresentadas pelas/os participantes, na área da saúde para travestis e transexuais nos serviços do SUS se concentraram nos eixos: garantia do uso do nome social; processo transexualizador; e acesso à saúde integral. Analisaremos cada uma delas, a fim de relacionar as políticas com os relatos das/os profissionais sobre a sua efetivação e com a diminuição ou aumento da vulnerabilidade ao adoecimento.

3 RESULTADOS

3.1 GARANTIA DO USO DO NOME SOCIAL

Quando questionadas/os sobre as políticas de saúde para travestis e transexuais, 12 profissionais afirmaram conhecer a política do uso do nome social nos serviços do SUS, mas não se referiram à Política Integral de Saúde das Pessoas LGBTs. A identificação das/os usuárias/os dos serviços de saúde é feita pelo Cartão SUS. Mesmo conhecendo o direito ao uso do nome social nesse cartão, apenas uma das entrevistadas sabia a forma correta de preenchimento e impressão.

O não conhecimento do direito do uso do nome social por algumas (4) entrevistadas foi observado nas unidades periféricas. Todavia, as/os profissionais relataram que a efetividade dessa política ainda é uma das maiores barreiras encontradas nos serviços de saúde. Segundo Márcia (enfermeira) e Jaime (médico), a população travesti e transexual, nos serviços de saúde do SUS, vivenciava processos de estigmatização e discriminação pelo não cumprimento da normativa:

Já teve casos aqui de briga, muita briga, por causa dos médicos não chamar pelo nome social. Mas, aí, eu acho um pouco de preconceito. Eles chamam de 'Antonio' de... de propósito. (Jaime, médico, UBS Central). O que a gente nota, muitas vezes, e eu também, às vezes, já fiz isso, é de você não aceitar o nome social deles. 'Não, tá internado aqui, no protoc... no sistema é esse o nome, então nós vamos chamar ele pelo nome'. E, e não. A gente tem que respeitar esse lado deles. (Márcia, enfermeira, UPA Periférica).

A enfermeira acreditava que a dificuldade na garantia do nome social poderia ser um reflexo da não aceitação dessas pessoas: "como tem a homofobia né, de repente, isso é até uma forma de homofobia" (Márcia), fazendo uma referência à transfobia nos serviços de saúde.

Nas unidades onde as/os profissionais de saúde desta pesquisa trabalhavam, somente a UPA contava com a disposição do painel eletrônico na sala de espera para chamar as/os pacientes. Quando questionadas/os sobre qual nome aparecia nesse painel, o social ou o do registro civil, somente três profissionais souberam responder, e cada resposta foi distinta, por exemplo: "Alguns põem o nome que tá no cadastro, outros põem o nome social, outros põe os dois nomes" (Márcia, enfermeira); "Isso, o nome do registro civil. Não é o nome social de atendimento" (Igor, técnico de enfermagem); e "Eles fizeram, não sei, um esquema aí que está aparecendo agora, parece que o nome social. Não tenho bem certeza, mas parece que é o social" (Nara, auxiliar e técnica de enfermagem). Esse tom de indiferença, de 'tanto faz', sobre a disposição do nome social no painel eletrônico perpassou os discursos das/os profissionais em vários momentos da entrevista.

O fluxo de atendimento na unidade, também, foi relacionado à dificuldade em se 'atentar' ao nome social – identificado no campo apelido – nos prontuários, onde o primeiro nome que fica visível no prontuário é o nome civil da pessoa. Desse modo, no momento de chamar para a consulta, a/o profissional acaba usando o primeiro

nome do prontuário, causando grande constrangimento “principalmente os homens, que eles querem que a gente chame pelo nome social né, daí chega, né, toda bonitona, toda vestida de mulher e a gente acaba chamando pelo nome de registro” (Renata, auxiliar de enfermagem).

Por mais que exista a Política para cadastro da pessoa nos serviços de saúde pelo nome social, segundo as/os entrevistadas/os, a identificação prioritária da pessoa nos serviços do SUS ainda era o nome civil. Logo, as etiquetas, receitas e pedidos de exames se referiam a este, o que era um momento de atrito entre elas/eles e as/os usuárias(os).

3.2 PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Quando questionadas/os sobre o encaminhamento para o serviço especializado no processo transexualizador, as/os profissionais relataram que ficaram sabendo desse serviço a partir de um ‘papelzinho’ informando o novo procedimento de encaminhamento para o serviço. Com única exceção da psicóloga Viviane que relatou ter obtido a informação através de um artigo publicado na revista do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR), a qual é enviada a todas/os psicólogas/os com cadastro ativo no órgão.

As/os profissionais que receberam a demanda de encaminhamento para o serviço especializado no processo transexualizador relataram que se depararam com pessoas que de antemão já haviam marcado a consulta para tal, expondo a solicitação no primeiro contato e fazendo com que as/os profissionais tivessem que procurar o ‘papelzinho’ para que pudessem recordar do que se tratava, como na fala de Heloísa (enfermeira, UBS central):

Então, por exemplo, o CPATT mesmo, veio um papel, só. Só um papel dizendo que a gente poderia encaminhar... Então, no dia eu atendi, foi um homem trans, daí eu chamei pelo nome social, né, daí entrou e falou assim ‘Ah, eu vim aqui pra você me encaminhar pro CPATT’. Até eu lembrar o que era. Daí eu falei ‘CPATT’? Daí ele falou né, do ambulatório para transexuais.

As/os entrevistadas/os relataram não saber quais casos deveriam ser encaminhados para esse serviço especializado e como esse encaminhamento deveria ser realizado, o que gerava uma maior demora para que as pessoas travestis e transexuais tivessem acesso a esse direito.

3.3 ACESSO À SAÚDE INTEGRAL

A maior discriminação dentro dos espaços de saúde foi afirmada por todas/os as/os profissionais como advinda das/os outras/os pacientes, ou das próprias pessoas travestis e/ou transexuais. Para as/os profissionais, as/os usuárias/os que aguardavam atendimento na sala de espera, observação ou na coleta sentiam-se incomodadas/os pela presença de travestis ou transexuais e faziam comentários sem

se preocupar se a pessoa estava ouvindo, chegando a chamar outras pessoas para ver 'o travesti'.

Mesmo quando passavam despercebidas/os e interagem com outras/os pacientes que também aguardavam atendimento, as/os profissionais acabavam por expô-las, como na fala de Jaime (médico da família): “As velhinhas nem sabem... Às vezes eu pergunto: A senhora viu, ali, aquela moça que a senhora tava falando. Você sabia que é um moço? Nossa!”.

Percebeu-se também que o desconforto, ou 'estranhamento', não acontecia apenas em relação às/aos outras/os pacientes, mas com as/os próprias/os profissionais da saúde, pelo incômodo que sentiam de não saberem 'definir o que são' as pessoas travestis e transexuais, ou como 'chamá-las'. Tal 'estranhamento', assim como ideias transfóbicas, mostraram-se reduzidas quando as/os profissionais tinham contato fora do ambiente de trabalho com expressões e identidades de gênero e sexualidades plurais.

A preocupação recorrente, como afirmou um profissional, era “como é que você vai colocar uma pessoa transexual, ou travesti, ou só homossexual dentro do mesmo quarto, e daí tá o namorado ou a namorada, circulando” (Igor, técnico de enfermagem). Essa 'preocupação' transcendia os 'tchauzinhos' e possíveis 'beijinhos' de namoradas/os nos espaços de saúde e atingia o modo de se vestir, que, conforme a opinião de algumas/ns profissionais, destoava em um ambiente de saúde.

Para algumas/ns entrevistadas/os, os posicionamentos discriminatórios das/os profissionais da saúde estavam relacionados à religião que estas/es possuíam. Para Alice (auxiliar de enfermagem), o fato de ela ser evangélica não atrapalhava o atendimento, mas o julgamento pelos valores pessoais permaneceu presente em seu discurso:

Lógico, que se a pessoa te perguntar o que você acha, se ela pedir a tua opinião, né, você vai, você não pode se esconder. Você vai falar, assim, 'Olha, eu, segundo os meus princípios, segundo o que eu creio, não é correto'. (Alice, auxiliar de enfermagem).

Na impossibilidade de dar continuidade na pesquisa para além das entrevistas, questionamos as/os profissionais sobre qual a opinião delas/es a respeito de uma qualificação para profissionais da saúde sobre as temáticas de gênero, sexualidades e políticas públicas de saúde para travestis e transexuais. Das/os 19 profissionais, somente duas argumentaram não achar necessário. Segundo elas, o atendimento dispensado era, ou tinha que ser, igual para todas/os, “Igual eu atendo um transexual, eu atendo uma senhora, eu atendo um senhor, eu atendo uma criança” (Alice, auxiliar de enfermagem). Porém, o restante das/os profissionais respondeu que a qualificação seria importante para a melhoria do atendimento, e que deveria ser oferecido para todas/os as/os profissionais da saúde pública, possibilitando o conhecimento das demandas de travestis e transexuais, do processo transexualizador e das políticas públicas de saúde para essa população.

4 DISCUSSÃO

A forma como as estruturas sociais de gênero está fundamentada reduzem a efetivação das políticas públicas na área da saúde para a população transexual e travesti, no Brasil. A não efetivação das políticas públicas, o atendimento em saúde insatisfatório e o conservadorismo religioso que espreeita a elaboração de leis e políticas públicas atingem, primordialmente, o eixo programático da vulnerabilidade ao adoecimento da população travesti e transexual. A dimensão programática, que abarca as ações do Estado e governos para efetivação da cidadania, e sua eficácia na prevenção e promoção da saúde integral, não está de maneira alguma isolada dos eixos individual e social do quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos.

Conforme visto anteriormente, o direito ao uso do nome social no SUS é garantido desde 2006, tendo sido reafirmado por diferentes órgãos e meios – políticas, resoluções. Porém, consoante aos discursos das/os profissionais de saúde, não há uma concordância sobre seu real funcionamento no dia a dia dos serviços de saúde, da mesma maneira que inexistente um procedimento institucionalizado de amplo conhecimento das/os profissionais que atue como potencializador de ação da política. A indiferença predominante nos discursos das/os profissionais sobre sua garantia na prática é um marcador importante a ser ressaltado, pois retrata a maneira como não só as políticas públicas para travestis e transexuais (não) são efetivadas, mas como elas/es próprias/os são recebidas dentro dos espaços de saúde.

Segundo os relatos, as/os profissionais sentem-se despreparadas/os para atender às demandas de travestis e transexuais, principalmente no que tange ao nome social e ao modo como devem chamá-las/los. Na pesquisa de Tagliamento (2013) com mulheres travestis e transexuais e seu (não) acesso aos serviços de saúde em Curitiba, Paraná:

observou-se que o despreparo dos(as) profissionais começa desde a sua chegada ao serviço de saúde, quando é necessário que elas peçam que seja colocado o seu nome social, sendo que, pela legislação e políticas públicas vigentes, não precisariam nem solicitar, e quando há a recusa do(a) profissional em atender à sua solicitação (p.135-136).

A autora relaciona essas situações a uma falta de conhecimentos das/os profissionais sobre as políticas públicas de saúde, o que foi ratificado nesta pesquisa pela narrativa das/os próprios profissionais. Assim como constatado por Tagliamento (2013), percebeu-se que o nome social garantido pelas políticas e leis não basta para sua realização na prática, visto que existem processos de estigmatização e discriminação, relacionados às normas de gênero e à heteronormatividade, com os quais a garantia de direitos esbarra, como quando afirmaram que algumas/ns profissionais não atendiam à solicitação do nome social por uma não aceitação e reconhecimento das pessoas travestis e transexuais. Nesta pesquisa, vinculado às normas regulatórias de gênero e à heteronormatividade, emergiu o discurso conservador religioso como uma barreira para o respeito às diferenças. Assim, a utilização do nome social para a garantia de um direito apareceu mais como uma

'opção' das/os profissionais do que como uma prática garantida por políticas nacionais e estaduais de saúde.

Dessa maneira, as seguintes barreiras foram encontradas para a garantia do nome social: Normas regulatórias de gênero; Conservadorismo religioso; Heteronormatividade; Estigmatização e discriminação; Falta de divulgação da política; e Falta de formação regular e continuada das/os profissionais sobre gênero e sexualidades.

Os quatro primeiros pontos são construções culturais e históricas, que são expressas primordialmente pela linguagem e atuam simultaneamente uma na outra, como produtos e produtores, (re)afirmando e (re)instituindo essas construções. Elas se justificam e cooperam, de modo que, quanto mais naturalizado for o ideal de coerência anatomofisiológica correspondente às normas de gênero em uma sociedade, maior será a estigmatização e discriminação das expressões não hegemônicas. Segundo os discursos, essas construções são acessadas para validar a dificuldade de aceitação dessas pessoas.

A indiferença sobre o desconforto que aflige essas pessoas pela não garantia do uso do nome social denuncia o descaso para com as suas subjetividades e a potência das normas regulatórias de gênero no processo social de 'escolha' de quem vai ter seus direitos garantidos, conforme reflexão de Butler (2016). Assim, quando as políticas públicas e a garantia de direitos não são trabalhadas amplamente em sua divulgação nos espaços de saúde, somadas à falta de formação e sensibilização das/os profissionais que busquem desnaturalizar as normas de gênero e a heteronormatividade, tendem a 'morrer na praia' e não beneficiar a população à qual se destina.

Garantido desde 2008 pela Portaria nº 457 do Ministério da Saúde, o processo transexualizador ainda demonstrou ser um enigma para as/os profissionais de saúde de Curitiba-PR. Estas/es desconheciam o ambulatório (CPATT) que funciona na cidade desde 2013 e mostraram-se bastante incomodadas/os com a falta de informação, principalmente as/os funcionárias/os da região central da cidade. Expressaram indignação pela maneira com a qual a Secretaria de Saúde e a coordenação das unidades forneciam informação às/aos profissionais, como no caso do processo transexualizador. O fato de terem recebido somente um 'papelzinho' com o procedimento para encaminhamento ao CPATT, sem detalhes de a quem o serviço se destina, o que oferece, equipe, anunciou ser mais um impedimento para a realização das políticas públicas para travestis e transexuais.

Quando feito o encaminhamento para o serviço especializado no processo transexualizador, as pessoas travestis e transexuais ainda iriam enfrentar a morosidade dos serviços e a compulsoriedade do acompanhamento psicológico, conforme apontado em pesquisa feita com homens transexuais (SOUZA et al., 2015), e que foram indicados como obstáculos e/ou desestimuladores para o acesso ao processo transexualizador. No Paraná, o ambulatório do processo transexualizador oferece hormonioterapia e outros tratamentos especiais de pré e pós-operatório, mas não as cirurgias secundárias e a de transgenitalização, pela falta de hospitais cadastrados para tais procedimentos (TAGLIAMENTO; PAIVA, 2016).

Segundo Tagliamento e Paiva (2016), travestis e transexuais buscam atendimento em clínicas particulares, ou mesmo em clínicas clandestinas, a fim de evitar a estigmatização e discriminação que ocorrem nos espaços de saúde e que podem acontecer até mesmo nos serviços especializados. Dessa maneira, as

peças travestis e transexuais costumam recorrer também à automedicação, seja para casos de adoecimento ou para hormonização, o que pode ter consequências para a saúde e aumentar a vulnerabilidade ao adoecimento. Ou seja, o funcionamento insuficiente das políticas públicas específicas de saúde para travestis e transexuais é também causador de um aumento da vulnerabilidade ao adoecimento. Além de que os encontros em saúde, seja nas unidades ou nos ambulatórios, são vivenciados pela 'marca' da patologização dessas identidades de gênero, o que reflete a maneira pela qual as políticas vêm sendo construídas no Brasil, e são sentidos como estigmatizantes pelas pessoas travestis e transexuais (SOUZA et al., 2015; BENTO, 2006; BENTO; PELÚCIO, 2012; TAGLIAMENTO, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral para LGBTs reafirma a necessidade de ações para promoção do acesso de travestis e transexuais de maneira equânime e de acordo com os princípios do SUS, levando-se em consideração os processos de estigmatização e discriminação sofridos pelas/os mesmas/os.

Notou-se que as unidades básicas de saúde não elaboraram estratégias e ações de promoção da saúde integral para travestis e transexuais e que essa problemática era recebida muitas vezes com indiferença, sob argumentos validados no pressuposto de que travestis e transexuais 'são iguais a qualquer outra/o' usuária/o dos serviços. Mas não são iguais, pois, se assim fossem, não haveria a necessidade de elaboração de políticas públicas a fim de diminuir as iniquidades em saúde tão expressas em pesquisas sobre o acesso de travestis e transexuais à saúde pública.

Quando as pessoas travestis e transexuais não têm seu direito ao uso do nome social garantido, são estigmatizadas e discriminadas nos espaços e serviços de saúde, e não são informadas sobre os serviços – como o processo transexualizador –, seu acesso à saúde integral está sendo negado. Assim como na pesquisa de Tagliamento e Paiva (2016), percebeu-se que existia uma negligência na promoção do direito ao cuidado em saúde, que era causada pelos processos de estigmatização e discriminação das travestilidades e transexualidades. Portanto, a não garantia do nome social, o desconhecimento das políticas, a deficiência na qualidade do atendimento, a elaboração de políticas pelo viés da patologização das identidades de gênero não hegemônicas, e o não incentivo à implementação da política nacional pelo Estado e Secretarias se alinham como agravadores da vulnerabilidade programática de travestis e transexuais ao adoecimento. Segundo Tagliamento e Paiva (2016),

access to quality health care and health promotion is such a key social determinant of health and illness that is conceived as a distinctive dimension of social vulnerability to mortality and morbidity – the programmatic vulnerability dimension – expressed as the right to health (p.1561).

A questão agora é buscar compreender o porquê dessas políticas não chegarem na ponta dos serviços e porque não existem formações que qualifiquem as/os profissionais sobre as políticas. Conforme Tagliamento (2013), a violação de direitos à saúde garantidos em documentos demonstra que sua efetivação na vida dessas pessoas enfrenta obstáculos individuais, sociais e programáticos, que são mediadas e produzidas sobretudo pelas normas regulatórias de gênero.

As políticas específicas de saúde são frutos de lutas sociais para a equiparação de direitos das/os cidadãos/ãos. Especialmente no caso de travestis e transexuais, tais demandas – de necessidade de elaboração, implementação e acompanhamento de políticas públicas – esbarram no não (re)conhecimento e desvalorização de vivências e subjetividades não hegemônicas. Para Berger e Luckmann (1985), os atos de ‘desconfirmação’ das subjetividades das pessoas em suas vidas cotidianas são reafirmadores tanto de sua realidade quanto de sua identidade. Por esse enfoque, as experiências negativas diárias na relação com os ‘outros significantes’ da realidade servem para confirmar sua posição nessa realidade. Assim, para travestis e transexuais, cada não acesso e experiência de discriminação nos espaços e serviços de saúde é uma nova reafirmação do seu local à margem da sociedade.

Hall (2015) expõe como uma característica da globalização no mundo pós-moderno a possível fluidez das experiências identitárias dos sujeitos, de identificação com as diferenças transculturais, ao mesmo tempo que critica a ideia de que as identidades eram plenamente unificadas e totalmente coerentes no período anterior à modernidade. Hall (2015) acredita que a globalização tem o efeito de contestação e deslocamento de expressões identitárias ‘fechadas’ de uma suposta cultura nacional:

Ela (globalização) tem um efeito pluralizante sobre as identidades, produzindo uma variedade de possibilidades e novas posições de identificação, e tornando as identidades mais posicionais, mais políticas, mais plurais e diversas (p. 51).

Porém, esse efeito cria uma polarização, em que uma parte tenta recuperar uma ‘pureza anterior’ e conservadora, e outra que aceita o campo político e da diferença das expressões (HALL, 2015). As normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade são dispositivos do pensamento conservador, que almejam a imposição de uma fantasiosa coerência dos corpos e desejos, contrariamente ao movimento pela luta de direitos específicos para pessoas que estão à margem e à teoria queer, por exemplo. Para Hall (2015), o conservadorismo religioso e o ideal nacionalista buscam resgatar, pela linguagem, uma utópica noção de unidade do passado, quando se sentem culturalmente ameaçados por avanços de direitos progressistas e pós-modernos. A análise do autor e a emergência de ambos os discursos no Brasil atualmente denotam a possibilidade de retrocessos à garantia e ampliação de direitos para travestis e transexuais, assim como denunciam o agravamento das vulnerabilidades programáticas ao adoecimento causadas pelo conservadorismo.

Os modos discursivos e não discursivos pelos quais as normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade ‘atacam’ as expressões e identidades de gênero e sexualidades plurais, para Butler (2016), relacionam-se intimamente com uma precarização da vida, visto que produzem não acessos. É a partir da linguagem que tais conteúdos são acessados e reafirmados (HALL, 2015). Nas palavras do autor, “falar uma língua não significa apenas expressar nossos pensamentos mais interiores e originais; significa também ativar a imensa gama de significados que já estão embutidos em nossa língua e em nossos sistemas culturais” (HALL, 2015, p. 25). Da mesma maneira, Berger e Luckmann (1985) enfatizam a importância da linguagem,

como principal mecanismo de interação, na reafirmação da vida coletiva, assim como das subjetividades.

Conforme explicitado pelos discursos das/os profissionais, não havia interesse no trânsito e permanência dessas pessoas nos espaços de saúde. Elas causavam desconforto para as/os outras/os pacientes, isso pelo fato de sua presença desestabilizar as normas regulatórias de gênero (BUTLER, 2003), o que foi percebido nas 'dúvidas, dificuldades e inconsistências', assim como na pesquisa de Sehnem et al. (2017).

Garcia (2009) aponta as normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade como os principais fatores da intensa discriminação e estigmatização que travestis e transexuais passam, que pode ser ainda agravada pela incidência de outros marcadores sociais, como renda, raça, escolaridade, aparência física, entre outros (MELLO et al., 2011). Desse modo, as/os profissionais da saúde precisam ser qualificadas/os, através de políticas públicas efetivas de enfrentamento às normas regulatórias de gênero e heteronormatividade, para que possam repensar o modo de atendimento que até hoje se dá a todas/os as/os pacientes – sejam elas/es da rede pública ou privada (MELLO et al., 2011).

Nas práticas das/os profissionais de saúde, as normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade são repetidas e reiteradas pelo não reconhecimento, pela indiferença às necessidades dessas pessoas, pelo atendimento desqualificado e pela estigmatização e discriminação que sofrem. O campo programático proporciona o aumento da vulnerabilidade programática ao adoecimento, aumentada pelos fatores anteriormente discutidos. Além de não concretizar sua finalidade de diminuir as vulnerabilidades social e individual ao adoecimento, pode aumentá-las consideravelmente. Observou-se não só o desconhecimento das políticas públicas para travestis e transexuais nos discursos das/os profissionais, mas o quanto isso nos diz sobre a atuação das normas regulatórias de gênero e da heteronormatividade para que as/os profissionais não se sintam motivados para reconhecer e superar um atendimento indiferente às subjetividades e discriminatório; assim como o quanto influenciam também nas (não) ações de divulgação e implementação das políticas, pelos entes governamentais responsáveis por sua ampliação e efetivação. Todos esses aspectos são agravantes da vulnerabilidade programática ao adoecimento que, segundo esta pesquisa, em Curitiba, Paraná, Brasil, foi constatada como elevada para as pessoas que vivenciam as travestilidades e transexualidades.

Os não acessos, falta de reconhecimento e discriminação afetam a vida das pessoas travestis e transexuais, tornando esses processos de estigmatização e discriminação casos inegáveis de saúde pública. De uma saúde pública que, conforme verificado nesta pesquisa, não promove a saúde integral para travestis e transexuais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a passada configuração política no Brasil, os direitos e políticas públicas relacionados a travestis e transexuais sofreram ameaças constantes. Os discursos presidenciais do extinto governo Bolsonaro e de seus/suas pares reforçaram as normas regulatórias de gênero nos padrões binários cisheteronormativos, que são carregados de conteúdo religioso e contribuem para o aumento das desigualdades de acesso à saúde por essa população.

Políticas, como a de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, que definem as ações de aparatos estatais para a garantia desses direitos e que são consonantes com as diretrizes de promoção de saúde estabelecidas na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, dependem do comprometimento político – destinação de verbas –, dos órgãos federais, estatais e municipais, de gerenciamento para sua implementação e das/os profissionais, para que cheguem na ponta e possam atingir a população à qual se destinam. Nesse contexto, faz-se extremamente necessária a formação de profissionais, seja nas grades curriculares dos cursos de graduação, seja na formação continuada, pautada nas especificidades de saúde dessa população e na garantia dos direitos humanos. As lacunas nessas formações refletem diretamente do atendimento prestado, configurando-se violações de direitos básicos de travestis e transexuais.

O movimento social LGBT é de extrema importância para a construção de políticas públicas de saúde para travestis e transexuais, sendo fundamental que o ativismo atue fortemente para que possa ser ouvida a luta pela implementação e manutenção dessas políticas públicas. Torna-se crucial também a reivindicação de que a elaboração de políticas públicas seja feita pelo viés da despatologização das identidades e expressões de gênero, em vias de desconstruir argumentos que operam pelo saber médico e psicológico, que estigmatizam travestis e transexuais, a fim de construir novas compreensões das subjetividades plurais humanas. A estigmatização e discriminação estão diretamente relacionadas à patologização dessas vivências e às normas regulatórias de gênero, que obstruem o caminho para a garantia de direitos.

Usando o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos para a análise dos discursos das/os profissionais, pudemos perceber a alta vulnerabilidade programática ao adoecimento de pessoas travestis e transexuais na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil, pela inexistência da garantia do uso do nome social, e pelo desconhecimento das políticas públicas do processo transexualizador e de saúde integral LGBT. A vulnerabilidade programática aumentada incide diretamente nas vulnerabilidades sociais e individuais ao adoecimento. Desse modo, essa população torna-se mais vulnerável ao agravamento da saúde nos três eixos do referido quadro, pela não resolutividade das políticas públicas de saúde, e pelos processos de estigmatização e discriminação dentro dos espaços de saúde.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA Jr., I. Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos - Prevenção e promoção da saúde - Da doença à cidadania - Livro I**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.
- BACCARIM, R. C. G.; TAGLIAMENTO, G. Da patologização ao direito à saúde de travestis e transexuais em documentos nacionais e internacionais. In: DEL GOBO, J. (Org.). **A psicologia frente ao contexto contemporâneo**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2018.
- BENTO, B. **A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1985.

BRASIL. Ministério da Justiça. Programa nacional de direitos humanos: PNDH II. Brasília, Ministério da Justiça, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Brasil sem homofobia. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos aos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Aprova, na forma dos Anexos desta Portaria a seguir descritos, a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 12 de agosto de 2009. Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2013b.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Corpos que ainda importam. In: COLLING, L. (Org.). **Dissidências sexuais e de gênero**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 19-42.

COSTA, C. G. et al. Imagens sociais das pessoas LGBT. In: NOGUEIRA C.; OLIVEIRA J. M. (Orgs.). **Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero**. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, 2010. p. 93-148.

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

GARCIA, M. R. V. **Alguns aspectos da construção do gênero entre travestis de baixa renda** [Some aspects of gender construction amongst low-income travestis]. Psicologia USP, v. 20, n. 4, p. 597-618, 2009.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Vulnerabilidade e direitos humanos: PAIVA, V; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos - Prevenção e promoção da saúde - Da doença à cidadania - Livro I**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 23-41.

HALL, S. **A identidade cultura na pós-modernidade**. 10th ed. São Paulo: DP&A Editora, 2015.

LIMA, A. M. **Política sexual: os direitos humanos LGBT entre o universal e o particular**. Belo Horizonte: Relicário Edições, 2017.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A. DE; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud Y Sociedad** (Rio de Janeiro), v. 9, p. 7-28, 2011.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde (SESA). Resolução nº 188. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros relativos a serviços públicos prestados no âmbito da Administração Direta e Indireta, conforme especifica. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 2010.

_____. Secretaria do Estado da Saúde (SESA). Resolução nº 080. Estabelece a utilização do “nome social” nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde e nos estabelecimentos de saúde com vínculo com o Sistema Único de Saúde, no âmbito do Estado Paraná, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 2015.

PEREIRA, C. F. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, n. 1, p. 115-137, 2016.

SEHNEM, G. D. et al. Assistência em saúde às travestis na atenção primária: Do acesso ao atendimento. **Journal of Nursing UFPE**, v. 11, n. 4, p. 1676-1684, 2017.

SILVEIRA, A. F. et al. **Caderno de psicologia e políticas públicas**. Curitiba: Unificado, 2007.

SOUZA, E. et al. **Projeto transexualidades e saúde no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015. Relatório descritivo.

TAGLIAMENTO, G. **A arte dos (des)encontros: mulheres trans e a saúde integral**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

TAGLIAMENTO, G.; PAIVA, V. Trans-specific health care: challenges in the context of new policies for transgender people. **Journal of Homosexuality**, v. 63, n. 11, p. 1556-1572, 2016.