



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Elaine Medeiros do Nascimento

**Acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências:
perspectivas das mulheres transgênero e travestis.**

Rio de Janeiro

2024

Elaine Medeiros do Nascimento

**Acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências: perspectivas das
mulheres transgênero e travestis**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/B

N244 Nascimento, Elaine Medeiros do
Acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências :
perspectivas das mulheres transgênero e travestis / Elaine Medeiros do
Nascimento. – 2024.
112 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Identidade de gênero. 2. Mulheres - Teses. 3. Pessoas transgênero -
Teses. 4. Acesso aos serviços de saúde - Teses. 5. Violência de gênero -
Teses. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. III. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta Dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Elaine Medeiros do Nascimento

**Acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências: perspectivas das
mulheres transgênero e travestis**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Aprovada em 05 de abril de 2024.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^a. Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Luciane Marques de Araujo
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Início os meus agradecimentos a Deus e às minhas entidades que me acompanharam nessa caminhada, me dando força e sabedoria para continuar. Não sou nada sem elas.

Agradeço ao meu esposo, Rodrigo, que passou noites em claro, aguentou minhas angústias, meu nervosismo, e, mesmo assim, leu, opinou, ajudou e deu forma aos meus sonhos. Caminhar juntos é muito melhor que caminhar vazio.

Algumas pessoas foram importantes nesse processo e vou levá-las para sempre no meu coração por terem me escutado, por terem perguntado e por terem vibrado. Agradeço imensamente à amiga Lucy que discutiu comigo questões da metodologia em pleno carnaval carioca. E, é claro, à minha melhor amiga Thereza, que escutava com paciência bom humor minhas reclamações diárias. Reclamar é terapêutico!

Thiago Wendel e Dayana Leite também foram parte importante desse processo e a eles agradeço nossa amizade de bons anos que vai além do profissional.

Às mulheres trans e travestis. Essas têm meu maior respeito. Acreditamos juntas em um mundo menos violento e com mais acesso às políticas públicas.

Minha orientadora, Professora Doutora Adriana Lenho, foi fundamental no meu crescimento. Com certeza não sou a mesma pessoa. Obrigada por acreditar em mim. Agradeço também às professoras da banca que me deram um norte, fazendo-me ver coisas que não enxergava. Em especial, agradeço à Professora Doutora Luciane Marques de Araújo pela paciência e dedicação na correção dos detalhes durante a minha qualificação.

RESUMO

NASCIMENTO, Elaine Medeiros do. *Acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências: perspectivas das mulheres transgênero e travestis*. 2024. 112 f. Dissertação - (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O termo trans designa as pessoas de identidades femininas transgênero, que inclui mulheres transexuais e travestis. Esse grupo populacional sofre com fragilidades de acesso à saúde decorrentes de desigualdades, preconceitos e violências. Objeto desse estudo são as percepções das mulheres transgênero e travestis acerca do acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências. O objetivo geral foi descrever suas percepções acerca do acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências e os objetivos específicos foram: conhecer as percepções das mulheres transgênero e travestis acerca do acesso aos serviços de saúde; caracterizar as violências vivenciadas pelas mulheres transgênero e travestis e identificar as interfaces dessas violências com o acesso à saúde na ótica dessas mulheres. Esta pesquisa caracteriza-se pela adoção de uma abordagem qualitativa e descritiva. Participaram deste estudo dezenove mulheres trans/travestis da região metropolitana do Rio de Janeiro, usuárias das unidades públicas de saúde, com idade entre 18 e 49 anos, e cor da pele parda ou preta predominantemente. A coleta de dados ocorreu de abril a setembro de 2023 através de entrevista semiestruturada. A amostra foi intencional e amostragem do tipo *snowball*. A análise temática de Braun e Clarke foi aplicada aos dados. Os temas elaborados foram: Percepções das mulheres trans e travestis acerca do acesso aos serviços de saúde e Violências vivenciadas pelas mulheres trans e travestis e suas interfaces com o acesso à saúde. As participantes têm acesso aos serviços de saúde da atenção primária, ambulatorial e hospitalar, mas privilegiam um serviço acadêmico especializado pelo acesso facilitado ao processo transexualizador e aos demais atendimentos associados com projetos e pesquisa. As barreiras de acesso à saúde decorrem das restrições à utilização das unidades básicas e ao processo transexualizador, direcionando-as a recorrer para a automedicação, do despreparo profissional e das posturas preconceituosas e discriminatórias contra mulheres trans, culminando na violência institucional. As mulheres trans foram expostas a violências de natureza física, verbal, psicológica, sexual e por parceiro íntimo em diversos espaços sociais, como convivência em família, escola, universidade, trabalho, dentre outros. As atitudes de desrespeito aos direitos e ao nome social, fragilidades na qualidade assistencial e despreparo profissional foram barreiras apontadas pelas mulheres trans, causando desconfiças na utilização dos serviços de saúde nas situações de violência. Quando as violências físicas implicaram em gravidade e risco de vida, as emergências hospitalares foram utilizadas. A rede pública de saúde requer melhorias substanciais para oferecer um acesso qualificado às mulheres trans, incluindo a capacitação profissional e a oferta de serviços acolhedores e respeitosos à diversidade de gênero, com promoção da saúde integral e abordagem qualificada das violências de gênero às mulheres trans e travestis.

Palavras-chave: pessoas transgênero; identidade de gênero; mulheres; acesso aos serviços de saúde; serviços de saúde para pessoas transgênero; violência; violência de gênero.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Elaine Medeiros do. *Access to health services and their interfaces with violence: perspectives of transgender and transvestite women*. 2024. 112 f. Dissertação - (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The term trans designates people with transgender female identities, which includes transsexual women and transvestites. This population group suffers from weak access to healthcare resulting from inequalities, prejudice and violence. The object of this study was to investigate the perceptions of transgender and transvestite women regarding access to health services and their interfaces with violence. The general objective was to describe their perceptions about access to health services and their interfaces with violence. The specific objectives were: understand the perceptions of transgender and transvestite women regarding access to health services; characterize the violence experienced by transgender and transvestite women, and identify the interfaces of this violence with access to health from the perspective of these women. This research is characterized by the adoption of a qualitative and descriptive approach. The participants were. Nine trans/transvestite women from the metropolitan region of Rio de Janeiro, users of public health units, aged between 18 and 49 years old, with predominantly brown or black skin color, participated in this study. Data collection took place from April into September of the 2023 and through semi- structured interviews. The sample was intentional and snowball sampling. Braun and Braun e Clarke thematic analysis was applied to the data. The themes elaborated were, Perceptions of trans and transvestite women regarding access to health services and Violence experienced by trans and transvestite women and their interfaces with access to health. Participants have access to primary, out patient and hospital health services, but favor a specialized academic service due to easier access to the transsexualization process and other services associated with projects and research. Barriers to access to health arise from restrictions on the use of basic units and the transsexualization process, leading them to resort to self-medication, as well as professional unpreparedness and prejudiced and discriminatory attitudes against trans women, culminating in institutional violence. Trans women were exposed to violence of a physical, verbal, psychological, sexual nature and by an intimate partner in various social spaces, such as family, school, university, work, among others. Attitudes of disrespect for rights and social name, weaknesses in the quality of care and professional unpreparedness were barriers highlighted by trans women, causing distrust in the use of health services in situations of violence. When physical violence was serious and life-threatening, hospital emergencies were used. The public health network requires substantial improvements to offer qualified access to trans women, including professional training and the provision of services that are welcoming and respectful of gender diversity, with the promotion of comprehensive health and a qualified approach to gender-based violence for trans women and transvestites.

Keywords: transgender people; gender identity; women; access to health services; health services for transgender people; violence; gender violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Pergunta de pesquisa e Estratégia PICO.....	17
Quadro 2 - Detalhamento da Estratégia PICO.....	18
Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos segundo o modelo PRISMA.....	20
Figura 2 - Fluxograma da amostra de participantes pela técnica da bola de neve.....	58
Quadro 3 - Categorias e subcategorias temáticas do estudo.....	60
Quadro 4 - Perfil sociodemográfico das pessoas transfemininas participantes do estudo.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
AP	Áreas Programáticas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DESC	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immuno-Deficiency Virus
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	9
1	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	22
1.1	Gênero e identidades de gênero.....	22
1.2	Violências, suas tipologias e interfaces com a saúde.....	28
1.3	Vulnerabilidades e interseccionalidade.....	42
1.4	Acesso aos serviços de saúde e pessoas transgênero.....	46
2	METODOLOGIA.....	55
2.1	Abordagem metodológica.....	55
2.2	Participantes e critérios de inclusão e exclusão.....	55
2.3	Coleta de dados.....	56
2.4	Análise de dados.....	58
2.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	60
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
3.1	Percepções das mulheres trans e travestis acerca do acesso aos serviços à saúde.....	65
3.1.1	<u>Barreiras de acesso aos serviços de saúde.....</u>	69
3.1.2	<u>Fatores contribuintes para o acesso aos serviços de saúde.....</u>	73
3.2	Violências vivenciadas pelas mulheres trans e travestis e suas interfaces com o acesso à saúde.....	75
3.2.1	<u>Naturezas das violências.....</u>	76
3.2.2	<u>Discriminações e preconceitos.....</u>	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado de entrevista.....	107
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	109
	ANEXO - Parecer de Aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa.....	110

INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto de estudo as percepções das mulheres transgênero e travestis acerca do acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências.

O meu interesse por essa temática surgiu a partir do contato com os usuários de uma unidade de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em uma observação empírica, pude notar que as mulheres transgênero e travestis estavam presentes no território adscrito e, apesar dessa área possuir um histórico de violências e um perfil de residentes constituído por pessoas com vulnerabilidade social, elas pouco acessavam o serviço de saúde. Quando as mulheres transgênero e travestis buscavam o serviço, percebi que o acessavam devido a questões clínicas além de evitar mencionar situações de violência.

Essa dinâmica tornou-se mais contundente quando eu realizei um levantamento das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, em razão das minhas funções profissionais como integrante da equipe da Coordenadoria de Atenção Primária (CAP). Nesse levantamento, identifiquei um número reduzido de notificações de violência no grupo social das mulheres transgênero e travestis. Diante dessa constatação, questionamentos emergiram acerca das possíveis razões das clínicas da saúde da família realizarem poucas notificações de violência nesse grupo de mulheres em particular, apesar de elas serem expostas aos variados tipos de violências. Embora o levantamento que realizei não tenha sido uma investigação formal da gestão de saúde sobre estes dados, as situações descritas intrigaram-me e despertaram o interesse para desenvolver a presente pesquisa.

O termo transgênero ou *transgender* é utilizado como a união da diversidade de gênero pelos estudiosos norte-americanos. Como categoria de identidade de gênero, o termo não se refere somente às pessoas transexuais, mas a todas aquelas que transitam entre os gêneros masculino e feminino, com variação sexual (Valentine, 2007). Frente a isso, no Brasil, em relação à pluralidade da (auto)identificação de gênero, os termos transexual, travesti e, mais atualmente, o uso da palavra reduzida trans não são consensuais, pois há variação na linguagem e expressões utilizadas para descrever a diversidade e as identidades de gênero de acordo com o contexto cultural (Costa, 2015, p. 11).

Apesar da diversidade de formas de viver o gênero ser reconhecida e do termo transgênero ou *trans* não ser um consenso, especialistas e militantes consideram que a dimensão transgênero pode abarcar duas expressões diferentes dessa condição. A primeira refere-se à

vivência do gênero como identidade, o que caracteriza transexuais e travestis, enquanto a segunda refere-se à vivência do gênero como funcionalidade, sendo representada pelas *drag queens*, *drag kings*, transformistas e *crossdressers* (Jesus, 2012, p. 18).

Em concordância com essas perspectivas, a presente dissertação designou as pessoas transgênero com identidades femininas como mulheres transgênero ou trans por tratar-se de um estudo compreensivo das vivências de gênero identitárias. Portanto, abarcaram-se, nessa designação, as mulheres transexuais, juntamente com as travestis.

Cabe destacar que, no âmbito da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, *Queer*, Intersexuais, Assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero (LGBTQIA+), existe diferenciação das identidades coletivas. As travestis diferenciaram-se do movimento homossexual no início da luta pela consolidação da política identitária e de orientação sexual, contribuindo para fortalecer a separação entre performance de gênero e desejo sexual. Elas também posicionaram-se quanto ao distanciamento do estigma social causado pelo uso do termo pejorativo “afeminado” (Carvalho; Carrara, 2013, p. 321).

As expressões identitárias das pessoas transgênero, transexuais e travestis, com identidades femininas, revelam as divergências quanto às normas hegemônicas de gênero, sendo essas fundadas no dismorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações (Bento, 2008, p. 20). Essas denominações representam a autoidentificação que elas adotam individualmente e são categorias sociais que definem e classificam pessoas, hábitos, práticas, valores e lógicas, como outras categorias que são criadas no âmbito da sociedade.

Quanto às questões identitárias de gênero, Butler (2003, p.12) esclarece que houve a descontinuidade no entendimento da relação entre sexo e gênero, pois um não depende do outro, uma vez que o gênero é uma construção cultural. A cultura e o livre arbítrio são os fatores determinantes para a construção cultural do gênero, apesar dessa construção emergir de um corpo sexuado desde o nascimento e abarcar ensinamentos do gênero atrelado ao sexo biológico. Além disso, o binarismo construiu a noção do sexo masculino pertencente a “homens” e do sexo feminino correspondente a “mulheres”. As identidades de gênero, por sua vez, não são restritas a esses dois sexos.

A visão binária do mundo e de tudo que há nele é uma constante no Ocidente. Nessa visão, estão incluídos os conceitos dicotômicos de luz-escuridão, bem-mal, certo-errado, céu-inferno, corpo-alma e outros aspectos dualísticos, como as separações cis-trans, hetero-homo e homem-mulher. Apesar de que algumas mudanças tenham ocorrido nessa visão binária e que atualmente haja maior aceitação de outras identidades de gênero, as atitudes de desafeição e, no limite, de violência, permanecem presentes e são vividas nas sociedades contemporâneas,

ainda francamente maniqueístas (Butler, 2003).

Além disso, o binarismo como tradição filosófica, faz-nos crer que somos incapazes de pensar diferentemente e conceber modelos alternativos (Lemos, 2021, p. 38). No âmbito sociocultural, o sexo biológico é utilizado para determinar o que a pessoa será diante do outro, ou seja, desde o nascimento dos indivíduos, resultando numa definição de gênero imposta pela sociedade e criando expectativas em relação a comportamentos, principalmente referentes à atração sexual e afetiva (Shiahdeh; Pessoa; Silva, 2021, p.175.)

Por outro lado, os termos Cis e Trans são, antes de tudo, metáforas. Em relação a regiões, rios, lugares e vertentes, o cis é o que fica em um dos lados e trans é o que cruza. Metaforicamente, aquilo que cruza, transpassa e atravessa tem relação a um lado ou a uma margem que, juntamente com aquilo que não cruza e que deixa de cruzar, está norteado por uma dada linha ou eixo de referência (Rodvalho, 2017, p. 365). Portanto, as pessoas que não seguem a lógica binária e da definição do gênero segundo o seu sexo biológico no nascimento poucas vezes são compreendidas e aceitas pela sociedade.

Para Foucault (1988), no nascimento dos indivíduos, instaura-se uma disputa de poder em relação aos corpos e à sexualidade, embate orquestrado pela definição de masculino e feminino atribuída de acordo com o padrão da ciência e sob o ordenamento social do Estado. O sexo e os corpos tornam-se, então, objetos de disputa pública entre a ciência, o Estado e outros indivíduos. Nesse ínterim, os interesses das pessoas são ignorados a favor do controle social. Sob uma visão do binarismo, que julga desviante qualquer comportamento que fuja da norma social e de seus padrões, fabrica-se uma população de crianças, jovens e adultos marginalizados por não encaixarem-se no padrão da heteronormatividade.

Com essa perspectiva, Souza, Silva e Santos (2015, p. 45) esclarecem que o controle social da sexualidade e da identidade de gênero está presente e ativo nos modelos vigentes de educação, corroborando para semear e disseminar as proibições e prejulgamentos que dão origem a discriminações, à homofobia, lesbofobia, transfobia, entre outras formas.

Em consequência, as mulheres *trans* vêm sendo historicamente negligenciadas e impelidas a sofrer com situações recorrentes de preconceito, exclusão e violência, podendo chegar à letalidade por assassinato, como vem sendo veiculado nos meios de comunicação e nos relatórios sobre a violência a esse grupo populacional. Validando tal afirmativa, ressalta-se que o Brasil, entre os anos de 2017 e 2021, lidera o *ranking* internacional de assassinato de mulheres *trans* e travestis pelo 14º ano consecutivo, além de permanecer no topo entre os países que mais consomem pornografia, em especial, as mulheres *trans* que são buscadas em *sites* pornográficos. Paradoxalmente, a busca pelos objetos de desejo, causam-lhes simultaneamente

repulsa entre aos que se percebem compelidos ao ato sexual ou cogitação do envolvimento afetivo (Benevides, 2023, p. 09-103).

Além de ser um fenômeno social da segurança pública, a violência baseada no gênero contra à população *trans* integra as políticas públicas de saúde, pois causam sofrimento e danos físicos e psíquicos, tornando necessário garantir o acesso aos serviços de saúde dessas pessoas nos momentos em que se tornam alvos de violências. No entanto, as necessidades de saúde das mulheres *trans* e travestis tendem a ser silenciadas e seus direitos restringidos pelos serviços e profissionais de saúde, devendo-se, em parte, pela influência dos valores tradicionais da sociedade.

Sob um contexto social tradicional, assumir a identidade de gênero e ser mulher na sua totalidade, torna-se cada vez mais inseguro pela ideologia da masculinidade hegemônica¹, que incorpora a noção de um modelo de ser “homem honrado” que legitima a subordinação e a exclusão de mulheres. Nessa concepção, verifica-se inclusive a deslegitimação dos homens que destoam do perfil masculino esperado, aqueles independentes, agressivos e não emocionais (Santos *et al.*, 2021, p. 3).

Em face dessa ideologia, há territórios – concretos, políticos, culturais e sociais – hostis e pouco seguros à prática da liberdade na atualidade, afrontando a diversidade e a heterogeneidade. Assim sendo, a violência contra grupos sociais minorizados é um fenômeno cada vez mais explícito e corriqueiro. A violência é legitimada e banalizada a partir de modelos hegemônicos de masculinidade que são socialmente aceitos como atributos dos homens (Santos, *et al.*, 2021, p. 2). Entretanto, as práticas sociais não contemplam apenas a opressão, mas também a luta, o empoderamento e a resistência. A ordem imposta estimula a desordem autoimposta na militância, pois, contra a segregação total, luta-se pelos direitos totais (Lefebvre, 2000).

A violência é um problema de saúde pública e o acesso aos cuidados das mulheres *trans* é um direito assegurado pelas legislações e políticas públicas. A garantia de acesso é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e construído no bojo das discussões da Reforma Sanitária sobre os princípios básicos de saúde e da premissa de que a saúde não significa ausência de doença. Desde então, assentou-se, ao menos juridicamente, a garantia pelo Estado do acesso à saúde e sua promoção digna, universal e igualitária (Shiahdeh; Pessoa; Silva, 2021, p.174).

¹ “A masculinidade hegemônica foi entendida como um padrão de práticas (i.e., coisas feitas, não apenas uma série de expectativas de papéis ou uma identidade) que possibilitou que a dominação dos homens sobre as mulheres continuasse” (Connell; Messerschmidt, 2013, p.243).

Quanto ao acesso à saúde, Levesque, Harris e Russel (2013, p.4) consideram que o acesso relaciona-se com as características dos indivíduos e o modo como os serviços de saúde são ofertados para a população, enquanto Penchansky (1981) define o acesso à saúde levando em conta o perfil dos indivíduos, o ambiente e as variadas características próprias dos serviços de saúde. Donabedian (1973) acrescenta que a acessibilidade é definida pelos atributos dos serviços de saúde ofertados aos usuários, bem como pela disposição e sua localização geográfica. Portanto, esses conceitos de acesso e acessibilidade levam em consideração a distância geográfica, as particularidades da população, os contextos socioeconômicos e culturais dos serviços, a interação com o serviço e a satisfação individual.

Para Sanchez e Ciconelli (2012, p. 264), o acesso não corresponde à simples utilização do serviço de saúde, mas sim à oportunidade do ato de usar dos serviços em circunstâncias que permitam seu aproveitamento apropriado. A utilização encontra-se contida no ato de acessar. A utilização do serviço engloba o como e o porquê o indivíduo interage com o sistema de saúde e o modo como o profissional conduz o serviço. As características pessoais dos indivíduos, a continuidade assegurada e a tomada de decisão do primeiro contato serão determinantes para o acesso (Travassos; Martins, 2004, p. 15).

Por outro lado, há vários fatores que perpassam a utilização e as barreiras de acessos aos serviços de saúde. O atendimento de baixa qualidade e pouco resolutivo ou até mesmo sua falta pode impedir o usuário de utilizar o serviço de saúde, tornando-se, assim, um entrave para o acesso. Além disso, a cultura de uma população pode ser uma barreira de acesso por apresentar dificuldades de compreensão entre o indivíduo e o profissional de saúde. A exemplo pode-se mencionar casos quando uma equipe de saúde não-indígena cria expectativas negativas quanto aos usuários indígenas pelo desconhecimento ou desvalorização dos saberes, práticas e tradições desses usuários (Sanchez-Torres, 2017, p. 86-87).

Além dos aspectos envolvidos no acesso, deve-se considerar os fatores sociais influentes, como classe, gênero e raça, os quais demandam uma abordagem analítica que abarque a interseccionalidade² e a vulnerabilidade³. Como determinações sociais da saúde, a compreensão desses conceitos pode colaborar com o entendimento da complexidade dos fenômenos e, assim, contribuir para a melhoria do acesso à saúde das mulheres *trans* e travestis,

² Interseccionalidade é uma importante ferramenta analítica oriunda de uma práxis-crítica na qual raça, gênero, sexualidade, capacidade física, status de cidadania, etnia, nacionalidade e faixa etária são construtos mútuos que moldam diversos fenômenos e problemas sociais (Collins, 2013).

³ Vulnerabilidades causam o comprometimento humano associado com características biológicas, ciclo de vida, condições sociais preexistentes, variando com a percepção pessoal do processo saúde-doença e, conseqüentemente, com a capacidade de proteção ligada ao poder de escolha e decisão (Sevalho, 2018).

sendo isento de violências. Afinal, essas mulheres estão sujeitas a vivenciar situações de opressão e discriminação em relação ao gênero, raça, cor, etnia, classe e religião, devido à identidade de gênero (Lima *et al.*, 2022).

O termo interseccionalidade remete à percepção crítica de que raça, classe, gênero, sexualidade, etnia, nação, habilidade e idade, que operam não como entidades unitárias e mutuamente exclusivas, mas como fenômenos que conformam as complexas desigualdades sociais. Além disso, é uma importante ferramenta analítica oriunda de uma práxis-crítica na qual, através de construtos mútuos moldam diversos fenômenos e problemas sociais (Collins, 2015, p. 2.).

Diante da fragilidade de direitos da população *trans* – historicamente inserida em um contexto social de desigualdades, preconceitos e violências – as vulnerabilidades a que essa população está exposta ampliam-se e complexificam-se. Para Sevalho (2018, p. 179) a vulnerabilidade é um conceito definido e aplicado em diferentes campos temáticos, assumindo ângulos condizentes com cada campo e remetendo ao sentido de fragilidade sob a visão e o contexto de cada área. Na saúde, o conceito de vulnerabilidade tem presença na Bioética, Saúde Mental, Saúde Ambiental, Epidemiologia e demais áreas, inclusive na enfermagem. Enquanto, no direito, a fragilização da pessoa é debatida por meio das questões sociais e/ou biológicas.

Em sua etimologia, “vulnerabilidade” remete ao dano, ao ferimento e à mágoa, (Sevalho, 2018 p. 179). Quanto à vulnerabilidade decorrente de danos, ferimentos, lesões ou a violência perpetrada a essa população. Nesse assunto, contabilizaram-se 4.639 assassinatos de pessoas trans no mundo de 2008 a 2022, conforme reportou o projeto *Trans Murder Monitoring* (TMM). Entre os anos de 2017 e 2022, o Brasil figurou como o primeiro colocado em mortes violentas dessas pessoas nas Américas, com 1.741 (37,5%) óbitos, seguido do México (649; 14%) e dos Estados Unidos da América (EUA) (375; 8%), (Benevides, 2023, p. 102).

No Brasil, a produção de dados sobre a violência contra a população LGBTQIA+ é limitada. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023) reportou aumento das ocorrências de violências contra homossexuais e bissexuais no período 2020-2021, aumentando 14,6% dos casos entre os homossexuais e 50,3% entre os bissexuais. O aumento numérico bruto das ocorrências foi acompanhado das reduções nos registros oriundos dos equipamentos públicos especializados que estavam ativos nos municípios em 2020, indicando um espraiamento territorial da violência contra esses dos grupos de indivíduos.

O relatório da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) de 2022, a respeito das mulheres trans e travestis, identificou que a violência física aumentou 9,5% e a psicológica em 20,4% nos anos de 2020 e 2021, sendo mais frequentes nos indivíduos com

idade entre 15 e 29 anos. Em relação a raça-cor, as mulheres trans e travestis negras concentram 58% dos casos de violência, enquanto as brancas corresponderam a 35%. Em 2020, os registros letais de mulheres *trans* aumentaram, o que incluiu travestis, significando que elas foram as que mais sofreram violências entre o grupo LGBTQIA+. Entre os assassinatos ocorridos nesse grupo, 6% foram de mulheres trans pretas ou pardas, explicitando a desigualdade racial no país e denotando que o ódio tende a aumentar quando a mulher trans é negra, (Benevides, 2022).

Diante dessa realidade adversa, o Grupo Gay da Bahia tem atuado na produção de informações há mais de 40 anos. Para esse Grupo, o Brasil continua sendo o país do mundo onde há mais assassinatos de pessoas LGBTQIA+, correspondendo a uma morte a cada 29 horas. Entre 2008 e 2022, a média de assassinato de mulheres trans ficou entre 121 óbitos por ano, sendo 131 assassinatos em 2022, mantendo 8% acima da média em números absolutos. Esses dados sinalizam que o país tem um número de assassinatos de mulheres trans que se destaca em relação ao registrado em outros países do mundo (Benevides 2022, p.27).

Diante dessa triste realidade e da crueldade envolvida nos assassinatos, a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) foi estendida para as mulheres trans pela sexta turma do Superior Tribunal de Justiça em 2022, passando a serem contempladas por essa legislação nos casos de violência doméstica ou familiar. Tal lei objetiva prevenir, punir e erradicar a violência praticada contra a mulher por causa do gênero, e não em virtude do sexo. (STJ, 2023, n.p)

Cabe ressaltar que, apesar dos dados sobre o aumento das violências e da mortalidade das mulheres trans e travestis no país serem relevantes e suscitarem reflexões sobre a temática, a maior parte deles não é oficial e não derivou de órgãos governamentais, devendo-se ter cautela pela possibilidade de divergências com outras fontes de dados. A ausência de dados oficiais indica que essa informação não tem merecido a devida atenção governamental e destaca a necessidade de valorizar o registro de informações sobre as violências a esse grupo populacional, possibilitando embasar políticas públicas de saúde para melhoria do acesso aos serviços de saúde e a consequente diminuição da violência letal.

Para além da violência física e letal, a população LGBTQIA +, que inclui as mulheres trans e travestis, ao buscar os serviços de saúde ou outras instituições públicas pode enfrentar atitudes inadequadas e negligentes por parte dos profissionais dentro das instituições. Shiahdeh, Pessoa e Silva (2021, p. 89) ressaltam que a forma desinteressada do profissional frente à diversidade repercute negativamente na qualidade de vida dessas pessoas, em sua autoestima e autoconfiança, além de violar seus direitos e silenciar sua expressão. Portanto, as barreiras de acesso precisam ser reconhecidas e discutidas nas instituições de saúde e segurança pública, a

fim de minimizar os danos ocasionados pela violência simbólica⁴ e institucional.

Dentre as situações vividas pela população LGBTQIA+ nas unidades de saúde, é possível identificar severas violações dos princípios da bioética, sendo esses o respeito à autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça. Em contraposição a esses princípios, há relatos de ofensas pessoais; constrangimento e ridicularização; deboches e olhares curiosos; ataque à dignidade; recusa de atendimento em alguns serviços, como na doação de sangue; desrespeito ao uso do nome social; falta de acolhimento e com julgamento implícito, a exemplo da solicitação do exame para detecção do HIV sem justificativa clínica (Parente *et al.*, 2021, p. 637).

Além dessas inadequações, quando os serviços de saúde e profissionais não oferecem uma assistência acolhedora e segura às mulheres trans, direitos são violados, a confiança delas no serviço pode ser abalada e, conseqüentemente, a saúde pode ser prejudicada. A discriminação sofrida pelas mulheres trans e travestis nas unidades de saúde, por vezes, é camuflada como a recusa dos profissionais em usar o nome social, que se alia à falta de empatia e às posturas de desconsideração das necessidades de saúde dessas mulheres. A violência institucional que elas sofrem pode resultar no abandono do tratamento, inclusive do processo transexualizador, fazendo com elas tenham de recorrer a práticas inseguras, o que gera riscos à saúde e à vida (Shiahdeh; Pessoa; Silva, 2021; Rocon *et al.*, 2016).

Em consideração à problemática descrita, a presente pesquisa foi proposta a partir da seguinte questão norteadora: Como as mulheres transgênero e travestis percebem o acesso aos serviços de saúde e as interfaces desse acesso com as violências?

O objetivo geral foi descrever as percepções das mulheres transgênero e travestis acerca do acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências.

E os objetivos específicos são:

- Conhecer as percepções das mulheres transgênero e travestis acerca do acesso aos serviços de saúde;
- Caracterizar as violências vivenciadas pelas mulheres transgênero e travestis;
- Identificar as interfaces dessas violências com o acesso à saúde na ótica dessas mulheres.

⁴ Violência simbólica é toda coerção que só se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante. A dominação não dispõe do uso da força física. O uso de exercido por meio de símbolos, linguagens, rotinas, culturas ou instrumentos de conhecimento faz com que essa relação violenta seja naturalizada (Bourdieu, 1997, p. 204).

A realização da presente pesquisa de mestrado é justificada pela sua originalidade e atualidade temática do acesso à saúde das mulheres transgênero e travestis e suas interfaces com as violências. O fenômeno social das violências interfere na saúde dessas pessoas e a temática estudada tem despertado interesse das comunidades acadêmicas, pesquisadores e atores da saúde e enfermagem no âmbito nacional e internacional.

Cabe destacar que a palavra interface, na sua forma semântica, deriva do termo composto pelo prefixo latino *Inter*, significando entre, no meio de, e pelo radical latino *face*, expressando superfície e face. Assim, a interface significa a ligação entre duas faces, duas superfícies. De forma metafórica, é a ponte que conecta duas margens (Rocha, 2014, p. 18). Assim sendo, a presente dissertação utiliza a palavra interface com o sentido de estudar as ligações ou as interconexões entre o acesso aos serviços de saúde e as violências sob a ótica das mulheres transgênero e travestis.

Para fundamentar a justificativa da pesquisa, realizou-se um levantamento da literatura científica do tipo estado da arte, objetivando encontrar evidências sobre as experiências de acesso ao serviço de saúde das pessoas trans com identidades femininas quando expostas às violências. Esse estado da arte foi desenvolvido por meio da busca da estratégia PICO, acrônimo para População, Paciente ou Problema, Interesse e Contexto/Objetivo (Quadro 1), buscando responder a seguinte pergunta: quais são as experiências de acesso aos serviços de saúde das mulheres transgêneros quando expostas às violências?

Quadro 1 - Pergunta de pesquisa e Estratégia PICO

Pergunta: Quais são as experiências de acesso aos serviços de saúde das mulheres transgêneros quando expostas às violências?	
P – População	Pessoas trans femininas
I- Interesse	Experiências de acesso aos serviços de saúde
C- Contexto	Interfaces com as violências
O – Objetivo	Melhoria no acesso aos serviços de saúde e criação de políticas públicas

Fonte: A autora, 2022.

Inicialmente, identificaram-se descritores e termos alternativos ao estudo nos portais dos Descritores em Ciências da Saúde (DESC) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Medical Subject Headings* (MeSH) da *U.S. National Library of Medicine* (NLM). Foi utilizado um mapa conceitual, no qual se organizaram de forma sistemática as estratégias de buscas. Em seguida, realizou-se a busca através dos descritores e termos alternativos nas bases de dados da BVS

(Biblioteca Virtual em Saúde) e busca pelas bases da PUBMED de livre acesso à base de dados Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e a outros recursos, sendo mantido a *National Library of Medicine* (NLM), conforme Quadro 2. A busca foi realizada em 02/02/2024.

Quadro 2- Detalhamento da Estratégia PICO (continua)

Objetivo/problema: Encontrar, na literatura, evidências sobre as experiências de acesso aos serviços de saúde das mulheres transgêneros quando expostas a violências				
	P	I	C	O
Extração	Travestilidade/ Pessoas Transgênero	Acesso aos Serviços de Saúde/ Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde	Violência de Gênero/Sexismo	Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero/ Políticas Públicas Antidiscriminatórias
Conversão	Transvestism Transgender Persons	Equity in Access to Health Services Health Services for Transgendered Persons	Gender-Based Violence/ Sexism	Health Services for Transgender Persons/ Public Nondiscrimination Policies
Combinação	Transvestism Transvestic Fetishism Transvestisms Transgender Persons Person, Transfeminines	Health Services Accessibility Accessibilities, Health Services Access to Health Services Access to Care Access to Health Care Health Services for Transgendered Persons	Gender-Based Violence Gender Based Violence Gender Based Violence Sexism Gender Discrimination	Health Services for Transgender Persons Public Nondiscrimination Policies Nondiscrimination Public Nondiscrimination Policy
Construção	(Transvestism [MeSH] OR Transvestic Fetishism [Title/Abstract] OR Transvestisms[Title/Abstract] OR Transgender Persons [MeSH] OR Person, Transfeminines [Title/Abstract])	(Health Services Accessibility [MeSH] OR Accessibilities, Health Services [Title/Abstract] OR Access to Health Services [Title/Abstract] OR Access to Care [Title/Abstract] OR Access to Health Care [Title/Abstract] OR Health Services for Transgendered Persons [MeSH])	(Gender-Based Violence [MeSH] OR Gender Based Violence [Title/Abstract] OR Gender Based Violence [Title/Abstract] OR Sexism [MeSH] OR Gender Discrimination [Title/Abstract])	(Health Services for Transgender Persons [MeSH] OR Public Nondiscrimination Policies [MeSH] OR Nondiscrimination [Title/Abstract]) OR Public Nondiscrimination Policy [Title/Abstract])
PUBMED Chave P+I+C+O	(Transvestism [MeSH] OR Transvestic Fetishism [Title/Abstract] OR Transvestisms[Title/Abstract] OR Transgender Persons [MeSH] OR Person, Transfeminines [Title/Abstract] AND (Health Services Accessibility[MeSH] OR Accessibilities, Health Services[Title/Abstract] OR Access to Health Services [Title/Abstract] OR Access to Care[Title/Abstract] OR Access to Health Care [Title/Abstract] OR Health Services for Transgendered Persons [MeSH] (Gender-Based Violence [MeSH] OR Gender Based Violence [Title/Abstract]OR Gender Based Violence [Title/Abstract] OR Sexism [MeSH] OR Gender Discrimination [Title/Abstract])			

Quadro 2- Detalhamento da Estratégia PICO (conclusão)

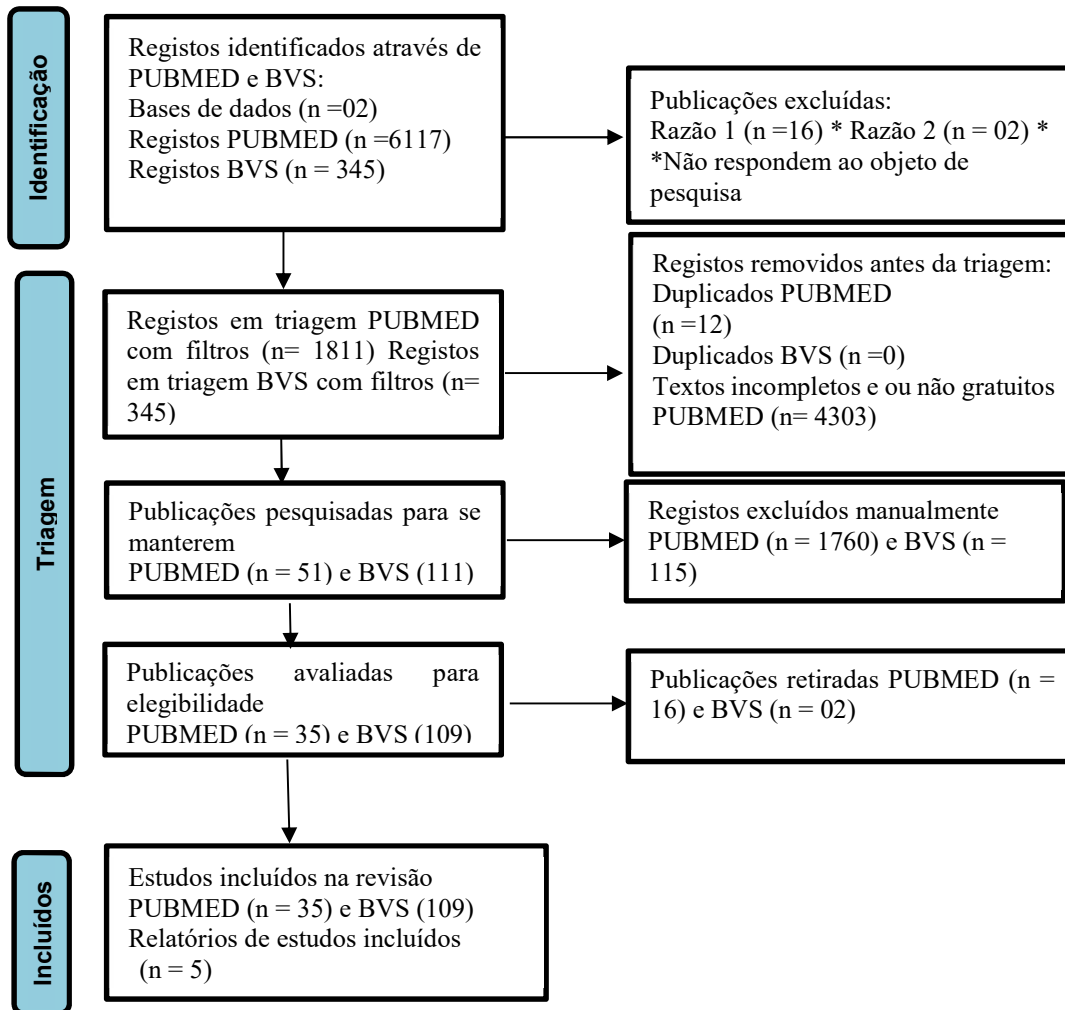
BVS P+I+C+O	((Transvestism) OR (Transvestic Fetishism) OR (Transvestisms) OR (Transgender Persons) OR (Person, Transfeminines)) AND ((Health Services Accessibility) OR (Accessibilities, Health Services) OR (Access to Health Service) OR (Health Services for Transgendered Persons)) AND ((Gender-Based Violence) OR (Gender Based Violence) OR (Gender Based Violence) OR (Sexism) OR (Gender Discrimination)) AND ((Health Services for Transgender Persons) OR (Public Nondiscrimination Policies) OR (Nondiscrimination) OR (Public Nondiscrimination Policy))
BVS	(Transvestism) OR (Transgender Persons) AND (Equity in Access to Health Services) OR (Health Services for Transgendered Persons) AND (Gender-Based Violence) OR (Sexism) AND (Health Services for Transgender Persons) OR (Public Nondiscrimination Policies)
BVS em português	(Travestilidade) OR (Pessoas Transgênero) AND (Acesso aos Serviços de Saúde) OR (Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde) AND (Violência de Gênero) OR (Sexismo) AND (Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero) OR (Políticas Públicas Antidiscriminatórias)

Fonte: A autora, 2022.

Incluíram-se estudos sobre a temática de interesse, elaborados ou publicados nos últimos 5 anos (2017 a 2022) e redigidos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. Os excluídos foram os estudos indisponíveis na íntegra, bem como textos incompletos. Após a exclusão, foi feita a seleção através dos títulos dos estudos e a leitura dos resumos, e, por fim, analisei os textos na íntegra. Foram feitas combinações das chaves selecionadas que tiveram os melhores resultados. Além disso, foi observado que a chave de busca da estratégia PICO da PUBMED forneceu melhores resultados quando incluída na base de dados BVS. As chaves de buscas BVS em língua portuguesa e BVS demonstraram respectivamente ocorrências menos relevantes sendo de 01 e 25 artigos

O processo de revisão resultou em 144 artigos selecionados, após a aplicação dos filtros de tempo (05 anos) e idiomas (inglês, espanhol e português), sendo apresentado através do fluxograma PRISMA (modelo 2020) como demonstrado na figura 1, a seguir.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos segundo o modelo PRISMA



Fonte: A autora, 2022.

Dos 144 estudos selecionados, cinco estudos são do tipo dissertações e os demais são artigos, sendo esses foram pesquisados da seguinte forma: 55 de revisão sistemática, 43 de pesquisa quantitativa e 46 de pesquisa qualitativa. Em relação aos idiomas, configurou-se da seguinte forma: 126 escritos na língua inglesa, 11 na língua espanhola e 07 na língua portuguesa. As questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde foram abordadas em 61 estudos. Dentre esses, alguns foram relevantes como um estudo do Reino Unido que relacionou o acesso aos serviços de saúde com a violência. Um estudo realizado no Rio de Janeiro, sobre discussão de estratégias e condições de acesso à saúde de travestis e pessoas trans a partir de informações colhidas, também aproxima-se do objeto da pesquisa em tela. Vale incluir um estudo de Kingston (Jamaica), onde foram avaliadas as experiências de pessoas trans masculinas e femininas nos serviços de Atenção Primária a Saúde. Esse estudo revelou que a

comunidade trans tem diversas necessidades de saúde física e mental que não estão sendo atendidas pelo atual sistema de saúde. Os médicos de família precisam de ser capacitados para prestar serviços como o processo transexualizador e encaminhamentos para cirurgias de afirmação de gênero. Embora outros especialistas possam ter uma função para alguns pacientes, a maioria das pessoas trans esperam que os cuidados sejam prestados por médicos de família sempre que possível. Estudos que abordam questões de violências em geral e a vulnerabilidades ao HIV (*Human Immuno-Deficiency Virus*) também foram selecionados para compor essa pesquisa.

Quanto ao acesso à saúde, verificaram-se barreiras decorrentes das lacunas na cobertura assistencial e obstáculos relacionados ao estigma social, à discriminação e aos preconceitos por parte dos profissionais de saúde, incluindo o tratamento inadequado. Os profissionais de saúde não se sentem preparados para o cuidado das pessoas LGBTQIA+ e seus conhecimentos são limitados sobre a abordagem dessas pessoas. Essa população é exposta às violências e o acesso à saúde é permeado de entraves políticos, socioeconômicos, organizacionais, técnicos e simbólicos, com destaque para diversos tipos de barreiras, como a geográfica, a financeira e a burocrática/sistemas.

A partir do estado da arte, constata-se que as interconexões entre violências e acesso à saúde são ainda pouco exploradas pela literatura científica. Além disso, por tratar-se de uma população de difícil acesso e um tema sensível quanto às situações vivenciadas de violência, somente dois grupos de pesquisadores interessaram-se em pesquisá-los através do grupo focal. Por fim, reitera-se a necessidade da ampliação da pesquisa exploratória com objetivo de compreender as experiências, percepções e sentimentos dessas pessoas que historicamente tiveram suas vozes silenciadas.

Acredita-se, portanto, que a presente dissertação tem o potencial de dar luz à temática, propiciando a reflexão sobre o quanto os serviços de saúde estão receptivos e preparados para acolher e cuidar dessa população específica e sem heteronormatividade. Concomitantemente, entende-se que os resultados deste estudo terão o potencial de produzir dados úteis à reflexão de profissionais, docentes, pesquisadores e sociedade em geral. Isso também vale à gestão pública para a proposição de políticas e programas de saúde para melhoria do acesso à saúde e abordagem efetiva das violências vivenciadas e das possíveis barreiras enfrentadas quando as pessoas trans femininas recorrem às unidades de saúde.

1 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Três travestis
Traçam perfis na praça.
Lápis e giz
Boca e nariz, fumaça
Caetano Veloso, *Três Travestis* (1982)

1.1 Gênero e identidades de gênero

O gênero é entendido como significados culturais assumidos por corpos sexuados, não se podendo dizer que decorra do sexo. Nessa lógica, Butler (2003, p. 25-46) sugere uma distinção radical entre sexo/gênero, desconstruindo, assim, os modelos de corpos sexuados e gênero, culturalmente construído sob um impulso de assumir ou refutar algum gênero. A autora, sob a influência de Nietzsche, diz que a identidade é assumir a performance construída por expressões que se desdobram em resultados, no caso, a identidade de gênero.

Portanto, a hipótese do sistema binário impõe que homens apliquem-se a corpos masculinos e mulheres a corpos femininos. Frente a isso, pontua-se que, na nossa construção social, fomos orquestrados para a heteronormatividade, gênero permanentemente estruturado em duas possibilidades alicerçadas nas relações heterossexuais. Neste sentido, Meyer (2013, p. 26) diz que as pedagogias culturais e escolares têm operado a partir de uma identidade que determina como única norma aceita e legitimada, a masculinidade branca, heterossexual, de classe-media e judaico-cristã.

Mormente, ao falar sobre essa construção – um dos assuntos mais importantes para a linha de raciocínio sobre o gênero, identidades de gênero e dos conceitos ligados ao feminismo contemporâneo –, é imprescindível também citarmos o movimento feminista. Embora seu nascimento tenha sido registrado sob óticas e maneiras diferentes ao longo da história, o que mais aproxima-se com o elo do raciocínio desta pesquisa é o foco no feminismo pós-estruturalista. Ou seja, se o estruturalismo marxista considera os indivíduos como sujeitos unos, sem distinção entre homens e mulheres, as pensadoras pós-estruturalistas, incluídas aquelas as de viés feminista, operam uma diferenciação. Seria essa a uma forma de perceber, reconhecer e corrigir as diferenças sociais e relações de poder entre homens e mulheres (Louro, 2002, p. 15).

Partindo dessa perspectiva de pensamento, Louro (1997, p. 14) lembra que, na história

do feminismo, diversos momentos de opressão contra mulheres, sejam eles isolados ou coletivos, foram e ainda são observados. Assim, a partir desde pensamento como movimento social e organizado ocorrido na virada do século XIX, em países ocidentais, manifestações contra a discriminação feminina ganham visibilidade. Na Inglaterra, emergiam a emancipação e a luta pela igualdade jurídica. Falamos aqui do movimento sufragista, que lutava para estender o direito do voto às mulheres. Essa luta conhecida como “primeira onda do feminismo” possuía como pauta as oportunidades de estudos a determinadas profissões, as mudanças na organização da família, entre outros interesses das mulheres brancas e de classe média. Entretanto, no Brasil, nesta mesma época, a escritora e feminista Nísia Floresta publicava o seu livro “Direitos das mulheres e injustiça dos homens”, causando reflexão sobre o *status* social das mulheres brasileiras, mas essas caminhavam ainda com morosidade para a luta em comparação ao que ocorria em outros países desenvolvidos.

O desdobramento deste movimento foi denominado como “segunda onda”, surgida no final da década de 1960, que ganha notoriedade e avança nos âmbitos políticos e culturais, além de ser tema de construções teóricas (Louro, 1997, p. 15). Nesta mesma época, as mulheres avançaram para as universidades e as pesquisadoras assumiram com ousadia os seus estudos. De acordo com Louro (1997, p. 19), esses estudos eram sobre as vidas femininas, os quais contemplavam formas de trabalho, corpo, prazer, afetos, escolarização, oportunidades de expressão e de manifestação artística, profissional e política, juntamente acerca dos modos de inserção na economia e no campo jurídico. Com isso, emergem pensadoras com teorizações de perspectivas marxistas e/ou psicanalistas.

Neste debate, ainda na visão de Louro (1997, p. 20), as feministas estudiosas e militantes constroem questionamentos, críticas e problematizações, principalmente acerca do gênero. Paralelamente e sob influência dessas teorizações, as mulheres ganharam cada vez mais visibilidade no campo do trabalho, posições sociais, pesquisas nas universidades, entre outros espaços, antes dominados pelo sexo masculino em sua grande maioria, onde o patriarcado tinha o controle. Neste contexto do feminismo, com forte presença nas áreas acadêmicas, o movimento, como “terceira onda do feminismo”, mostrou-se visível.

Não há como negar que o feminismo teve e tem um papel importante para a quebra de paradigmas institucionalizados e internalizados nas sociedades sob os signos do patriarcado e do capitalismo. Com as mulheres ocupando outros espaços, os debates sobre as desigualdades sociais adquiriram visibilidade. Para essa reflexão, precisamos entender o que Saffioti (1985) diz, a saber: "o patriarcado usa o capitalismo e o patriarcado está determinado pelas necessidades do capital". Assim, o sistema capitalista reforça uma hierarquia e uma ordem

patriarcal de dominação-exploração, não havendo separação entre estes na construção histórica das sociedades modernas (Almeida, 2022, p. 232). Portanto, diante dessa relação de poder e dominação que impregnam as sociedades civis, difunde-se a supremacia ao masculino também nas relações sociais e no Estado, tornando-se uma ideologia dominante que subordina e hierarquiza o feminino – a mulher.

Esse silenciamento de gênero também é descrito por Foucault na perspectiva da sexualidade no que tange à repressão, fazendo-nos compreender que o patriarcado-capitalista é um produto pós-repressão sexual. Foucault (1988, p. 9) situa sua pesquisa sobre a repressão da sexualidade e o embargo ao sexo na era vitoriana burguesa, em que estaria a origem de um discurso ainda mais moralista. Nesta época, a moral burguesa conduziria a sexualidade para o meio familiar conjugal heterossexual, justificando devido sua função reprodutora, imposta como modelo e discurso de verdade.

Durante o século XVII, antes da era vitoriana, havia uma certa tolerância com o ilícito em relação a práticas que envolviam a sexualidade. Os códigos sociais sobre a grosseria, a obscenidade e a decência eram mais frouxas nessa época, se comparados com os do século XIX (Foucault, 1988, p. 9). O que Foucault enfatiza é que, nessa época, houve o auge da consolidação da revolução industrial, desenvolvendo uma classe média mais instruída, expandida e com lucros de capital marcando rígidos costumes, morais e religiosos. Esse *status quo* certamente fortaleceu um controle social atrelado ao capitalismo e ao patriarcado.

Sob a égide do capitalismo, os discursos (e valores) burgueses sobre pureza e castidade são potencializados e a relação entre sexo e poder constitui um novo modo de repressão dos corpos e confissão religiosa como prática disciplinares. O policiamento da língua e da carne não parou de crescer. Todos os desejos, sentimentos e vontades entravam no jogo da confissão na igreja no âmbito da espiritualidade. O sexo para a pastoral devia ser mencionado com prudência, mas toda relação incluindo o mais tênue desejo era mencionado nas confissões: desde os olhares impuros até o toque propriamente (Foucault, 1988, p. 23).

Ainda, segundo Foucault (1988, pp. 40-41), não sabemos se todo alvoroçamento sobre controlar a sexualidade e tornar o sexo útil economicamente deu-se com o intuito de assegurar o povoamento e a reprodução da força de trabalho. Contudo, é certo que, nos séculos XIX e XX, tal fenômeno ocorreu. Até pelo menos o final do século XVIII, havia três grandes códigos que regularizavam as práticas sexuais: direito canônico, a pastoral cristã e a lei civil. Esses códigos fixaram as suas leis, seus deveres e separavam o que era lícito do ilícito, fortalecendo assim as condenações da(s) sexualidade(s).

Portanto, as decisões judiciais julgavam algumas práticas sexuais como imorais e, frente

a isso, condenavam tanto a homossexualidade quanto a infidelidade, as quais eram vistas como comportamentos ilegítimos por serem diferentes das normas impostas por esses três grandes códigos que regiam as condutas e normas da época (Carvalho; Oliveira, , 2017, p. 104). Essa natureza jurídica também condenava as pessoas entendidas atualmente como intersexuais. Essas eram “culpadas” pelas alterações biológicas de suas genitálias, ou seja, não terem um padrão anatômico que se encaixassem na classificação “homem ou mulher”. Outra culpa vinha de seus gostos e desejos diferentes do que eram preconizados pelos códigos normativos. Nesse contexto, o campo da ciência médica produziu discursos sobre o sexo, colocando a monogamia heterossexual como regra e estabelecendo uma relação entre perversão, delinquência e loucura como caracterizadoras das sexualidades periféricas.

Nesse ínterim, Foucault (1988) sinaliza que o discurso médico sobre a verdade absoluta no campo da sexualidade se estabelece e a dicotomia entre certo e errado nas práticas sexuais torna-se uma construção conceitual plenamente aceita, marginalizando pessoas e estabelecendo relação de poder/saber. A medicina classifica as questões sexuais fora do padrão como anomalias por representarem transgressões perante a sociedade. Um exemplo mencionado nas pesquisas de Carvalho e Souza (2017, p. 105) é a homossexualidade, que, em 1948, chamado de homossexualismo, é classificada como desvio sexual na Classificação Internacional de Doenças (CID). Somente na década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) extingue essa classificação. A transexualidade é outro caso de construção conceitual desenvolvida a partir da oposição binária entre os sexos e que, portanto, nesse contexto, fugiria da “normalidade”, tornando-se assim um alvo da sociedade.

Para Foucault (1988, p. 128-129), o interesse no controle dos corpos, na docilidade e no estabelecimento de uma verdade científica absoluta surge graças à associação de doenças orgânicas, funcionais ou psíquicas, que, juntas ou não, produziam um sujeito caracterizado como aquele que possuía perversão sexual. Neste contexto, a homossexualidade era associada genealogicamente às concepções patologizantes, incluindo ideias de perversão e distúrbios psicológicos. Os serviços de psiquiatria, jurisprudência, medicina legal e as instâncias de controle social funcionaram por muito tempo pautados pelo sistema de hereditariedade de perversão, tornando-o uma prática social.

Endossando o contexto acima, Bento, (2017, p. 89-92), apresenta argumentos a favor do fim da patologização do gênero. O discurso sobre “ou nasce homem ou nasce mulher” abre brechas para o debate na hegemonia científica sobre a escolha da identidade de gênero quando uma pessoa decide assumir o sexo oposto como identidade e não pautado no sexo que foi imposto ao nascimento. A tensão dessa discussão faz-se presente quando uma mulher trans

decide passar pelo processo transexualizador. Diante disso, no protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, essa mulher é obrigada a passar por psicoterapias, respeitando uma normativa protocolar. Apesar da autora reconhecer a importância do protocolo, ela o critica por impossibilitar a escolha da mulher trans. A imposição científica patologiza uma escolha que, em tese, é pautada em uma construção sociocultural. Contudo, a autora ainda afirma que pensamentos como “pessoas trans são doentes porque querem mudar de sexo” não são exclusivos do senso comum. Pois, o senso comum e o pensamento hegemônico científico retroalimentam-se.

Já na perspectiva do feminismo, Meyer (2013, p. 16 - 17), fala sobre o senso comum da linguagem científica ou religiosa em contextos conservadores, cujas mulheres biologicamente – sexo e anatomia – eram vistas como inferiores em comparação aos homens e isso justificava a sua posição rebaixada em relação ao trabalho e à produção, implicando na insubordinação feminina nas relações de poder. Diante disso, mulheres sentiram a necessidade de marcarem a posição de que características fisiológicas e anatômicas de forma isolada, não justificando as desigualdades sociais e de gênero assim apresentadas. Foi a partir deste debate que um grupo de estudiosas anglo-saxônicas utilizaram o termo *gender*, que começou ganhar destaque nessa época principalmente em meio acadêmicos, influenciando a compreensão social das diferenças entre sexo/gênero, sendo um termo traduzido na década de 1970 como *gênero* e amplamente empregado nas discussões.

Ainda para Meyer (2013), mesmo com tantas controvérsias, o termo *gênero* foi importante para demonstrar que as desigualdades não tinham relação apenas com as questões biológicas ou anatômicas, mas apresentavam um complexo de fatores sociais, econômicos, e culturais que moldam papéis e expectativas atribuídas entre homens e mulheres. Ainda que houvesse debates acerca do termo *gênero*, sua construção e problematização foi acompanhada de natureza biológica, “operando com o pressuposto que questões do âmbito social e a cultura agem sobre a base biológica universal que os antecede” (Meyer, 2013, p. 16 - 17).

O feminismo pós-estruturalista destacou-se preponderantemente na ressignificação do termo *gênero* por analisar criticamente questões das construções binárias, explorando como o poder é exercido nas relações sociais indo além da categorização. Destarte, Meyer (2013, p. 18) entende que o *gênero* engloba processos de construção cultural, social e linguístico que diferenciam homens e mulheres e, além disso, todo entendimento sobre seus corpos e sexualidade. As distinções sobre biológicas, comportamentos e/ou psique têm um papel exato e importante na conceituação, distanciando diferenciações das funções entre homens e mulheres.

A ressignificação do termo e entendimento sobre o *gênero* a partir de polêmicos estudos

feministas promove uma compreensão mais ampla para o termo. É o que afirma a educadora e feminista Louro (1997, p. 23), quando critica a visão binária dos papéis sociais entre homens e mulheres. O termo *gênero* precisa ir além dos papéis para não se prender a perfis e regras e apenas construções que acabam reforçando as noções de adequado e inadequado. Ademais, a autora ressalta as diferentes características e papéis sociais que assumem o masculino e o feminino em um universo de etnias, religiões, classes e raças compondo uma sociedade. Daí, nasce a necessidade de ampliar a conceituação de gênero e entender sua constituinte e complexa identidade.

A partir deste pensamento, podemos compreender que “identidades” são construídas e constituídas por uma multiplicidade de representações que variam de acordo com a perspectiva de cada um. Para Ribeiro, Soares e Fernandes (2009, p. 184), os sujeitos são múltiplos em relação à raça, gênero, etnia, geração, classe, nacionalidade, profissão e estado civil, podendo ser também essenciais ou permanentes. Assim, as construções das identidades são processos complexos e multifacetados, podendo ter influências socioculturais ou não. Diante disso, as pessoas podem ter características únicas, podendo ser, inclusive, identidade temporária, relacionada ao modo de colocar-se perante à sociedade ou à própria construção social.

Por seu turno, a filósofa e teórica de gênero Butler (2003, p. 38) traz a visão da normatividade da sociedade em relação à pessoa. A pessoa que foge do padrão normativo de gênero que foi imposto pela sociedade passa a não ser reconhecida/legitimada como sujeito de direitos, sendo limitada para perpetuação das desigualdades, reforçando estereótipo e a marginalização. Mesmo as identidades sendo múltiplas, assuntos sobre a identidade de gênero e identidade sexual ainda são tabus não-normativos. Ribeiro, Soares e Fernandes (2009, p. 184) acrescentam que não é por acaso essas discussões não ocorrerem dentro de espaços públicos ou coletivos. Essa seria a forma de evitar uma possível problematização e silenciar oportunidades de expressão de sujeitos ditos “diferentes” perante a heteronormatividade.

Em uma perspectiva filosófica, Butler (2003, p. 200) diz que a construção de gênero não é expressão de uma identidade interior fixada. O gênero é uma identidade construída com o tempo, através de uma série de práticas repetidas e atos estilizados e performáticos por meio de discursos e sinais do corpo, o que constrói a ilusão de uma identidade estável. Além disso, para a filósofa, sexo e gênero não são dissociados um do outro. O argumento pauta-se no conceito de que o gênero é uma *construção sociocultural*, indo além das diferenças biológicas.

Frente às mudanças socioculturais intensificadas desde 1960, Meyer (2013, p. 45) cita a pluralidade acelerada de grupos tradicionalmente silenciados. Assim, a partir desse ponto, “novas identidades culturais” vão nascendo e colocando-se no *front* para reconhecimento.

Ainda para Meyer (2013, p. 45), “Muitos afirmam com evidente desconforto, que essas novas identidades excêntricas, passarão não só a ganhar importância neste tempo pós-moderno e passarão a construir um novo centro das atenções”. Corroborando este pensamento, mesmo com tantas lutas travadas pelas mulheres e o desdobramento de outras identidades, a desigualdade faz-se cada vez mais presentes e silenciamentos e violências são cada vez mais pautadas pela heteronormatividade. Evidenciando uma cultura transformada, mas nem tanto. Melhor dito, tem-se a noção de “em processo de mudança”.

Diante do tema gênero, a partir da pesquisa do estado da arte, pude observar algumas dificuldades dos profissionais de saúde, em especial, dos médicos, em abordar situações relacionadas à identidade de gênero. Gomes, Jas e Tesser (2022, p. 6) focaram seus estudos em seus grupos LGBTQIA+ *versus* pessoas cisgêneros ou heterossexuais, juntamente com as discussões entre esses dois grupos e profissionais de uma unidade de saúde. Nesse ínterim, os principais assuntos citados foram o sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade e as tentativas de suicídio. Casos que, em termos numéricos, mostraram-se superiores na população LGBTQI+ em comparação a população não LGBTQIA+.

Com isso, por três longos séculos, instâncias importantes e formadoras de opinião pública silenciaram mulheres que lutavam por liberdade e igualdade de gênero e homossexuais, classificando-os como aberrações, seres pecaminosos e criminosos. Atualmente, tais posturas prosseguem refinadas por séculos de ignorância e preconceitos de toda parte, não raro descambando para violência contra toda uma população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais e demais identidades de gênero.

1.2 Violências, suas tipologias e interfaces com a saúde

A violência é um fenômeno social complexo e multifacetado. A violência pode ser vista de várias maneiras, variando de pesquisador a pesquisador e ligada sempre à disciplina que o norteia. Para Bernaski e Sochodolak (2018, p. 44), a violência é tão antiga quanto a história da sociedade e manifesta-se de formas diferentes inseridas tanto na história quanto na sociedade. Para os autores, a violência é resultado da forma de poder contra alguém, produzindo sempre novos confrontos ou novas situações de violências.

A história da violência nas sociedades deu sentido à vida social e teve um papel importante na trajetória de controlar, punir, criar e recriar espaços sociais, gêneros, classes,

culturas com seus mecanismos simbólicos e ritualísticos. Ainda para Bernaski e Sochodolak (2018, p. 44), a violência se combate com uma maior dose de outra violência, que tem o intuito de neutralizá-la de um modo geral como regra para justificar o modo de combate e a visão de justiça. Nos primórdios sem o sistema judiciário construído, o modo de combate à violência foi através de um conjunto de interdições de sacrifícios e rituais. As regras e os comportamentos tidos como corretos foram criados, de modo que não poderiam ser quebrados, sob o risco de sofrer punições sacrificiais.

Girard (1990, p. 10) diz que a violência é vista de duas maneiras opostas: uma legitimada como algo muito sagrado e outra como crime. Embora a violência justifique-se como causa e maneira sagrada, nada mais é que uma atitude violenta, um crime. De forma simbólica, o sacrifício sagrado é representado na religião por exemplo, como mencionado no Antigo Testamento e nos mitos gregos, nos quais os irmãos são inimigos fatais e um pode dissipar seu poder sobre o outro.

Nesta perspectiva, Bernaski e Sochodolak (2018, p. 44) identificam formas ritualísticas religiosas que relembram o processo sacrificial desde as sociedades primitivas. Atualmente e de forma análoga a essas sociedades, vítimas expiatórias são conduzidas ao sacrifício quando identificadas corruptas ou sob o envolvimento ilícito. Um sacrifício estratégico que apazigua a indignação e revolta da população pelo dano público, uma violência escalada, ritualizada e que traz um “alívio” às tensões sociais. Também a população LGBTQIA+ são alvo desses ritos sociais punitivos-expiatórios.

No contexto brasileiro, sob a perspectiva de Bernaski e Sochodolak (2018, p. 49), a violência está presente no processo histórico do colonialismo português e Igreja Católica, que objetivava cristianizar os povos indígenas e modificar culturalmente suas vidas. Isso ocorreu da forma mais violenta possível e ajudou a saquear as terras, escravizar e catequisar índios e negros, refletindo na gênese da sociedade brasileira.

Para Novais (1986, p. 88), não houve uma “adaptação” do trabalho indígena nas lavouras, o que justificaria a manutenção e intensificação do modelo negro-escravocrata no período colonial. Além da exploração mercantil, os escravos serviam os senhores, não havendo qualquer direito mínimo e básico necessário às necessidades humanas. Somente após o final do século XIX, essa terrível prática chegou “formalmente” ao fim, delineando um novo cenário de transição do Império para a República, tornando os indivíduos libertos.

Após a abolição da escravatura, os negros recém-libertos tornaram-se um problema social e um entrave ao progresso brasileiro aos olhos da burguesia. Nessa época, o Brasil estava passando por um processo de transição política e com problemas sociais, fazendo com que esses

problemas fossem atribuídos à população pobre, negra e mestiça. Os negros, não sendo vistos como objeto importante no crescimento do país, foram relegados ao analfabetismo, aliados do mercado de trabalho formal e empurrados para as margens da sociedade, fazendo com que os pobres marginalizados fossem considerados uma classe perigosa. Essa dinâmica de violência, herdada pelo sistema colonial escravocrata, é produzida e reproduzida cotidianamente através das desigualdades sociais (Bernaski; Sochodolak, 2018, p. 51).

Na história da civilização, a violência parece ter estado sempre presente, seja na forma de abusos interpessoais, guerras e imperialismo, seja expressando a lógica do mais forte a dominar o mais fraco. As atrocidades cometidas pela Alemanha nazista foram emblemáticas nas violências contra pessoas e povos. A segunda guerra do século XX significou a ruptura com os direitos fundamentais e o pós-guerra deveria significar a sua reconstrução. No pós-guerra surge, como resposta às atrocidades do Nazismo, o movimento de internacionalização dos direitos humanos, vislumbrando-se um esforço de reconstrução dos direitos fundamentais, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional (Piovesan, 2011, p. 103-104).

Ainda Piovesan (2011) esclarece que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, a partir da resolução 247^a da Assembleia, vem para inovar a gramática dos direitos humanos e introduzir a universalidade e indivisibilidade nesses direitos. A universalidade que clama pela dignidade e unicidade humanas, colocando-os como requisitos da sua condição. A indivisibilidade que, por sua vez, garante os direitos civis, que englobam o direito à vida, à segurança sem discriminações e à integridade física e mental, além dos direitos políticos, que dá às pessoas o poder de participar das decisões e regras que regem a população. A violação de um desses direitos viola todos os outros, tornando-os interdependentes. Esses posicionamentos começaram a ser discutidos durante a Revolução Francesa em 1789, mas consolidaram-se durante a proclamação da Assembleia Geral das Nações Unidas, em Paris, no dia 10 de dezembro de 1948, que estabeleceu um consenso entre as Nações Unidas acerca de um conjunto de diretrizes, leis e regras que foram adotadas por diversos instrumentos internacionais de proteção.

O processo de universalização permitiu um sistema internacional de proteção de direitos que refletem, sobretudo, a consciência ética compartilhada pelos Estados. Portanto, embora o Brasil enquadre-se no sistema regional da Convenção Interamericana de Direitos Humanos ou Pacto San José da Costa Rica desde 1998, sendo um Estado signatário e um dos instrumentos internacionais mais importantes no que tange aos direitos dos homens e, principalmente, ao direito à vida, liberdade, segurança e integridade da pessoa, ainda temos fragilidades da falta

da importância prática e aplicabilidade de seus múltiplos dispositivos, segundo Fachin (2013, p. 121-122).

Essa Convenção Interamericana de Direitos Humanos, além de sua importante contribuição para as sociedades, também deu subsídios para a Convenção Interamericana para Prevenir, Sancionar e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará (OEA, 1994). Essa temática passou a ganhar visibilidade em 1980 no debate público e na agenda da política de diversos países latino-americanos, segundo Catoia *et al.* (2020, p. 1).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher foi um marco importante, juntamente com a Conferência de Cairo, aprovada em 09 de julho de 1994, sendo um dos principais tratados dos direitos humanos, gênero e desenvolvimento, sobretudo trazendo um conceito jurídico na perspectiva da violência contra o gênero. A partir disso, foi possível intensificar discussões sobre o processo de problematização das relações sociais das experiências de vida de mulheres e de questões norteadas pela desigualdade em relação aos homens, bem como em abordagens jurídicas sobre a erradicação da violência contra as mulheres (Catoia *et al.*, 2020, p. 2).

Nessa época da Convenção, surgiu a importância da abordagem interseccional no combate à violência contra as mulheres. Destarte, que a interseccionalidade é originária do campo de estudos e de ação política do feminismo e as interações complexas, sendo utilizado pela jurisprudência internacional em direitos humanos, com enfoque no reconhecimento das categorias como raça etnia, gênero, classe social, sexualidade e origem territorial na análise das diversas formas de violência contra as mulheres latino-americanas (Catoia *et al.*, 2020, p. 2).

Considerando à violência no Brasil contemporâneo, esse fenômeno tornou-se um problema de saúde pública. Para Minayo (2007), há mais de 20 anos, na maioria dos países desenvolvidos e no Brasil, os assuntos relacionados à saúde vêm dando destaque midiático aos agravos provocados por violências e acidentes. Diante da pluralidade que o termo/conceito de violência apresenta e sua relevância nesta pesquisa, faz-se necessário a pesquisa da problemática da violência para o campo da saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) pronunciou-se de forma mais contundente sobre violência em 2002, quando divulgou o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, mas o tema já vinha sendo debatido desde a Convenção Interamericana de Direitos Humanos de 1998. Nesse Relatório Mundial, foi definida violência como o “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade” (OMS, 2002, n. p.). Posteriormente, a OMS define a violência interpessoal

como “aquela que ocorre entre membros de uma família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e estranhos”, incluindo os maus tratos e abusos e abrange crianças, adultos e idosos (OMS, 2014. p. 7).

Portanto, as pessoas sofrem diversas influências e fatores como ambientais, políticas, pessoais, interpessoais, que interligados ou não, compõem o seu comportamento e o modo de reagir frente a alguma situação de violência. Os comportamentos são refletidos através de combinações semelhantes aos modelos ecológicos que, por sua vez, são “derivado[s] da ciência biológica e refere[m]-se às inter-relações entre os organismos e seus ambientes” (Sadhana; Kudzay, p. 467).

Insta salientar que a evolução dos modelos ecológicos⁵ em ciências comportamentais e de saúde pública oferece uma estrutura para compreender a complexidade das influências ambientais sobre comportamento humano. Ademais, deve-se considerar estruturalmente, o ambiente, a política e a comunidade. Indivíduos motivados a uma determinada situação e estimulados com ambientes propícios tendem a fazer boas escolhas na qual foram expostas, no entanto, somente a oferta isolada de algo não garante que os indivíduos façam boas escolhas. Os autores corroboram que:

Os comportamentos saudáveis são maximizados quando os ambientes e as políticas apoiam escolhas saudáveis e os indivíduos são motivados e educados para fazer escolhas saudáveis (Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986). Educar as pessoas para fazer escolhas saudáveis quando os ambientes não são favoráveis podem produzir efeitos fracos e de curto prazo, que são comuns. No entanto, apenas fornecer vegetais abundantes, calçadas, ou preservativos acessíveis não é garantia de que as pessoas farão uso desses recursos (Sadhana; Kudzay, 2021, p. 467).

Nessa perspectiva e sob um olhar socioecológico⁶, Sallis *et al.* (2008) e Sadhana e Kudzay (2021) refletem sobre as teorias apresentadas por Bronfenbrenner (1979), dividindo-se em quatro níveis, a saber: a) Microssistemas, em que se aborda a vivência do indivíduo no ambiente que inclui família, vizinhos, escolas entre outros onde ocorrem as relações mais diretas entre pares; b) Mesossistemas, referentes às relações dos microssistemas e os outros contextos, como as relações de experiências familiares e experiências escolares, entre outros;

⁵ Os modelos ecológicos ajudam-nos a compreender como as pessoas interagem com os seus ambientes. Essa compreensão pode ser usada para desenvolver abordagens eficazes em vários níveis para melhorar os comportamentos de saúde. A premissa básica da perspectiva ecológica é simples. Fornecer aos indivíduos motivação e competências para mudarem comportamentos não pode ser eficaz se os ambientes e as políticas tornarem difícil ou impossível a escolha de comportamentos saudáveis (Sallis; Owen; Fisher, 2008, p. 465–485).

⁶ Olhar Socioecológico, à teoria de Bronfenbrenner, é possível desenvolver abordagens mais abrangentes e socialmente sensíveis para entender e lidar com as violências, reconhecendo a interconexão entre indivíduos e seus ambientes sociais. Sallis *et al.* (2008) e Sadhana, Kudzay, (2021)

c) Exossistema, que envolve ligações entre o indivíduo e ambientes no qual este não tem um papel de controle. Um exemplo é o caso da influência na família da mãe e mulher que trabalha com viagens e traz para seu convívio influências externas a esse grupo; d) macrosistema, que, por sua vez, descreve a Cultura Social geral em que os indivíduos estão inseridos e têm suas vivências, como o país em que vivem e exibem a sua cultura por exemplo.

Portanto, os comportamentos correlatos buscam explicar o efeito da violência sobre as sociedades a partir de uma interpretação socioecológica. Essa abordagem holística vai desde as interações mais diretas até às indiretas e/ou externas. Por ser uma teoria geral, muitas vezes, é complementada por outros pesquisadores. Além disso, a sua dinâmica permite sua aplicação em diversos contextos sociais, espaciais e históricos (Christensen, 2016).

Segundo a investigação de Minayo (2013, p. 24), a depender do contexto histórico, geográfico e social, a violência apresenta formas diversas de manifestações. Sob esse viés, violências sociais, econômicas, políticas e institucionais comuns em alguns países, como o Brasil, são passíveis de mudanças espaço-temporais. Porém, há formas de violência que persistem no tempo e nas sociedades, como a violência de gênero, sobretudo do homem em relação à mulher, que se fundamenta em diferentes relações de poder. As demais violências são as relacionadas à idade, dos adultos contra crianças ou idosos por exemplo, e formas de discriminação racial, como aquela de pessoas brancas contra as negras, juntamente com as violências contra grupos étnicos, a exemplo contra árabes, entre outras etnias ou nacionalidades. Essas são modalidades de violências culturais, destacadas pela autora como as normas, valores e práticas sociais são naturalizadas por diferentes povos, como se fossem apenas mais um modo de expressar opiniões e sentimentos em relação ao outro.

Definem-se a violência de forma idêntica e, diante disso, podemos perceber a sua diferenciação entre violência e acidentes. Violência é definida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Minayo (2013, p. 22) e OMS (2002, p. 5);

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o poder amplia a natureza da violência, configurando-se na relação de poder de um sobre o outro, como na intimidação, negligência, omissão e nos mais diversos tipos de abusos, sendo um dos maiores problemas de saúde pública.

Ainda na perspectiva da OMS, as violências são classificadas em relação às tipologias,

fazendo uma diferenciação em três grandes categorias, conforme as características de quem comete o ato de violências que são: violência dirigida a si mesmo (auto-infligida); violência interpessoal; e violência coletiva. A violência auto-infligida é subdividida em comportamento suicida e auto-abuso. O comportamento suicida inclui pensamentos deste cunho, tentativas de suicídio e qualquer tipo de ideação. Já o auto-abuso é relacionado às automutilações e o ato de ferir-se. A violência interpessoal abarca duas subcategorias, a violência intrafamiliar, ou por parceiro íntimo, e a violência comunitária, que ocorre por pessoas sem laços consanguíneos, conhecidas ou não. A violência coletiva tem a particularidade de seguir uma agenda social, que inclui crimes de ódio por grupos organizados, terroristas e multidões.

A OMS ainda menciona sobre as naturezas dos atos violentos, divididos em categorias, podendo usar o termo abuso, sendo elas: físicas psicológicas, sexual envolvendo privação ou negligência. Diante dessas naturezas, Minayo (2013, p. 38-39) explica cada uma dessas naturezas de forma sucinta, explicando que a violência física/abuso físico significa produzir lesões e dor através do uso da força de forma intencional; o abuso psicológico envolve as agressões verbais, gestuais, com intuito de humilhar a pessoa; o abuso sexual refere-se ao ato ou ao jogo sexual que visa estimular a pessoa nas práticas eróticas e a negligência, abandono e privação de cuidados contemplam a recusa de prestação de cuidados e atenção a pessoa que deles necessita.

Ainda sobre outras manifestações de violências que causam danos a vida, Minayo (2013, p. 27) descreve a violência criminal como aquela “praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e aos seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública”. Essa violência contempla muitas outras violências, infelizmente comuns em países como o Brasil, tais como: exploração sexual, exploração de pessoas, trabalho escravo, tráfico de drogas, armas e de pessoas. No que diz respeito à violência estrutural, as mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras” (Minayo, 2013, p. 27).

Sob a égide de práticas violentas e criminalidade, Barreira (2014, p. 15) expõe a ordem de questionamentos sobre condutas sociais e descompasso do lugar legitimado dos reprodutores dos códigos sociais que têm como premissa a categoria respeito. Seria uma perspectiva de um valor social sendo quebrado pela sociedade contemporânea definindo-se como a falta de respeito como valor social a quebra de regras sociais. Sendo assim, podemos apontar que existe uma grande parte de pais e educadores, frente a um enfrentamento de dificuldades em reproduzir normas e valores sociais, contribuindo para conflitos intergeracionais, violências e

até acidentes devido ao não seguimento de regras.

Cabe destacar que a relação entre as tipologias de violências e acidentes descritas pela OMS em 2001 diferem-se pela intencionalidade. No caso dos acidentes, muitas vezes, não há uma intenção planejada ou deliberada. Observa-se que há uma linha tênue e pouco clara entre esses dois agravos, pois muitos eventos violentos, como aqueles que ocorrem no trânsito, quedas de idosos ou acidentes no trabalho entre outros, podem ser banalizados devido à pretensa falta de intencionalidade do evento (Minayo, 2013, p. 25).

Além disso, a violência também pode ocorrer em espaços, devido a regras e normativas inflexíveis ou desnecessárias, sendo reconhecida como as que ocorrem de forma institucionais. Está é denominada de violência institucional⁷, não sendo mencionada no documento da OMS. Para Minayo (2013, p. 33), essa violência dentro das instituições é perpetrada por meio de suas regras contundentes, normas de funcionamento e burocracias rígidas ou inflexíveis aplicadas a um grupo específico. Essa modalidade ocorre quando os serviços que deveriam ser ofertados são negados e quando pessoas são maltratadas com preconceitos e formas de discriminações.

Nessa perspectiva, as violências não são igualmente distribuídas entre os indivíduos. Uma ou mais características, por exemplo, perfil ou cor da pele, podem potencializar a violência de gênero; em especial, atrelada a uma instituição. Portanto, é importante perceber como essas pessoas com esses perfis podem ser mais vulneráveis em situações de violências. Frente a isso, Souza e Lima (2007, p. 105) consideram que, a partir da década de 1980, verificou-se um aumento da violência social em grandes espaços urbanos, inclusive da violência institucional, que não é distribuída homoganeamente nos diferentes espaços sociais, variando de intensidade dependendo do contexto sociocultural do momento.

Ademais, Monteiro e Cardoso (2013, n.p) exemplificam a violência estrutural e institucional no sistema carcerário brasileiro. Os autores destacam a seletividade do perfil de pessoas, jovens e pretas do sexo masculino e a fragilidade de um sistema que, desde a década de 80, não atende o mínimo de eficiência, sendo uma problemática complexa que envolve questões sociais, políticas e de direitos humanos. Com isso, a violação dos direitos humanos faz-se presente e a criminalização dos mais pobres aumenta à medida em que a miséria submete as pessoas a condições precárias.

Corroborando, Souza *et al.* (2020 p. 137) ressaltam que a população LGBTQIA+ inserida no sistema carcerário brasileiro, sob a responsabilidade do Estado, torna-se objeto de

⁷ Violência institucional é aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. (Minayo, 2013, p. 33)

vulnerabilidades devido à exposição a diversos fenômenos, tais como: superlotação, condições precárias, violência entre detentos, ausência da garantia de direitos, entre outros. Essa população sofre as violências variadas, com destaque para a violência institucional. Além disso, na sua grande maioria, são pessoas marginalizadas pelas dificuldades de acesso à saúde, sistema jurídico, educacional, familiar e inúmeras outras situações.

Em um esforço de dirimir tais problemáticas da área da saúde, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a política conhecida como Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), visando oferecer melhor acolhimento às pessoas que usam o serviço e, com isso, reduzir ambientes hostis, com profissionais mais sensíveis e, consequentemente, instituições menos violentas (Brasil, 2010, p. 5).

Quanto à violência institucional nas unidades de saúde, Pereira e Chazan (2019, p. 10) destacam as barreiras de acesso que podem ocasionar, dentre outras, a violência simbólica. Entende-se por violência simbólica os processos de dominação e coerção que operam através de símbolos, linguagens e cultura, muitas vezes perpetuando desigualdades e formas de opressão (Bourdieu, 1997, p. 204). Esse tipo de violência pode ocorrer, por exemplo, durante o acolhimento por profissionais não capacitados e pela falta de competência para a integralidade do cuidado. Quando os profissionais não têm a aderência ou observação do nome social; são incapazes de manejar as questões próprias do universo LGBTQIA+; aderem ao modelo médico centrado ou hospitalocêntrico; não valorizam o projeto terapêutico compartilhado e priorizando somente o saber científico. Essas situações levam a um ambiente assistencial desumanizado, hostil e inadequado.

Portanto, identificar padrões e tipologias de violências, bem como o perfil das pessoas mais suscetíveis a vivenciarem essas situações, faz-se necessário para que esse comportamento seja desencorajado nas instituições e nos profissionais. Somado a isso, políticas públicas devem ser estimuladas para redução da violência, atendimento respeitoso e humanizado, já que se discute sobre um tema de discussão relativamente recente na área de conhecimento e de práticas do setor da saúde.

Minayo *et al.* (2018, p. 2008) enfatiza que o tema violência tornou-se oficialmente uma pauta do setor saúde no Brasil em 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) implementou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, que abarcou os seguintes tópicos: violência contra a criança e adolescente; contra gênero; contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e, mais recentemente, violência étnica e violência contra a população portadora de deficiências e LGBTQIA+, aumentando assim o leque das definições e tipologias das violências.

O Ministério da Saúde estabeleceu, para fins de notificação, qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial, a partir do uso intencional da força. Contudo, o Ministério da Saúde reforça a tipologia estabelecida pela Organização Mundial de Saúde que estabelece em três grandes grupos de violências, segundo quem cometeu o ato violento, assim designados: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária) e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). Em relação às tipologias das violências, esses grupos incluem também as violências interpessoais, intrafamiliar e auto - infligida (Brasil, Ministério Da Saúde, 2016, p. 24).

A violência é definida na política ministerial como o uso intencional da força, sendo um fenômeno que caminha com a humanidade. A atenção voltada para a violência, principalmente sob o olhar midiático, focaliza os acidentes e as agressões mais espetaculares. Vale ressaltar que, em relação ao acometimento do ato violento, a violência interpessoal é uma das mais prevalentes, podendo assumir várias formas de desdobramentos, tais como: violência intrafamiliar, violência física, violência perpetrada por parceiro íntimo e outros. Infere-se que a violência é definida pela OMS como “uso intencional da força física ou do poder para atacar ou ameaçar alguém, algum grupo ou a comunidade, cujo resultado seja lesões, morte, sofrimento psicológico, em desenvolvimento pessoal e emocional e privações” (Minayo *et al.*, 2022, p. 3702).

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias, sendo a primeira a violência familiar e entre parceiros íntimos e a segunda, a comunitária. A violência comunitária é aquela que acontece entre pessoas que se conhecem ou não e costuma ocorrer fora de casa. A violência familiar abarca o abuso e maus tratos entre crianças e idosos, juntamente abrange as violências juvenis. A natureza ampla das violências traz modalidades de atos violentos que incluem também os abusos de ordem física, psicológica, sexual e maus-tratos, envolvendo a negligência, abandono ou privação de cuidados (Minayo *et al.*, 2022; Minayo, 2007, p. 35).

O abuso é conceituado como físico quando traz uma ideia do uso da força para produzir lesões ou ferimentos, frequentemente na adolescência e na infância, mas também como falas vexatórias, xingamentos e humilhações. O abuso sexual, por sua vez, diz respeito ao ato ou ao comportamento que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (Minayo, 2007, p. 39). Entretanto, Villa (2019) esclarece que as violências ainda podem ser relacionadas a abusos sexuais – estupro

marital, saúde sexual e reprodutiva, laboral, intelectual, psicológica, política, institucional e religiosa. Com exceção do estupro, os demais eventos podem não ser entendidos como crimes, com isso, provocam fissuras no sistema que aumentam a impunidade.

O Ministério da saúde considera que a violência causa impacto social. Em decorrência, instituiu o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) com dois componentes de notificação das violências em 2006, sendo realizadas atualizações posteriormente. O primeiro componente destina-se à notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violência motivada por homofobia, lesbofobia e transfobia contra pessoas em todas as idades. O segundo componente abrange os casos de violência extrafamiliar/comunitária, sendo objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBTQIA + (Brasil, Ministério Da Saúde, 2021, n. p.).

Embora as políticas públicas da área da saúde não tenham uma responsabilização direta no enfrentamento das violências e solitariamente, não é possível resolver todas as questões de violências na sociedade. Os profissionais de saúde, muitas vezes, estão na linha de frente para identificar, tratar e apoiar as pessoas expostas as situações de violências. Frente a isso, a criação de políticas públicas pode oferecer apoio integral às pessoas em situação de violência, além de reduzir danos. A OMS (2014) enfatiza que a prestação de serviços mais qualificados, como apoio às pessoas nestas situações, é importante para reduzir traumas, ajudar na recuperação e prevenir novos atos de violência.

Considerando que as violências encontram-se dentro de cada um de nós, sociedade e estruturas, expressando-se entre os homens particularmente, Silva (2010, p. 559) considera que o movimento feminista tentou desconstruir uma sociedade estruturada secularmente na discriminação e opressão do gênero feminino, buscando criar relações mais igualitárias entre o sexo feminino e o masculino, mas a luta não foi e não é fácil. A violência contra as mulheres viola os direitos humanos, tornando não só uma bandeira de luta para as mulheres, mas para todos que compreendem como um direito universal a igualdade entre as pessoas independentemente do gênero e o reconhecimento do outro como um de nós.

O sexismo é uma das motivações das violências, como apresenta o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021. p. 2), cujos boletins de ocorrências demonstram que, em 2021, houve uma queda de 32 vítimas de feminicídio em relação ao ano de 2020. Apesar do decréscimo nos registros, verificou-se que uma mulher sofre feminicídio a cada 07 horas no Brasil. Essa motivação violenta estende-se para a população LGBTQIA+, conforme o relatório do Grupo

Gay da Bahia (2021, n. p), cujos dados levantados contabilizaram 300 mortes no ano de 2021, sendo 8% a mais que no ano anterior.

Santiago (2019, p.42) informa que a violência de gênero é praticada também fora do lar, estando presente em todos os espaços da sociedade, com destaque para aquelas perpetradas pelos homens contra as mulheres. Os discursos e práticas violentas transitam em todos os espaços e denotam que são uma prática arraigada pela cultura machista, que dessensibiliza as pessoas e desencoraja a denúncia. Com isso, a ruptura do ciclo da violência tem sido dificultada. Ainda que a Lei Maria da Penha, de nº 11.340, criada em 07 de agosto de 2006, objetive coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, percebe-se que os números de feminicídio são de importante magnitude no Brasil. Conquanto a Lei Maria da Penha, que reconhece a violência de gênero como estrutural, entende-se que a aplicação das medidas protetivas deve ser requerida por mulheres trans.

Ainda sobre o feminicídio, os Estados com maiores taxas de morte são Tocantins (TO) e o Acre (AC), ficando acima da média nacional, conforme o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021, p. 2). Quanto às mortes da população LGBTQIA+, Salvador (BA) foi a cidade mais violenta do país segundo os dados do Grupo Gay da Bahia (2021, n. p.). Salientamos que há subnotificações que prejudicam a precisão desse levantamento, além das ocorrências com a população LGBTQIA + não serem reportadas em dados oficiais específicos.

Sobre o perfil das vítimas LGBTQIA +, O Grupo Gay da Bahia (2021. n. p.) registra mais mortes entre gays (51%), seguido das travestis e transexuais (36,67%), bissexuais e homens trans (1,33%). Ainda em relação à cor, 28% eram brancas e 25% pardas e 16 % pretas. Interpretando os dados, pessoas pardas e pretas juntas morrem mais que as pessoas brancas. Esses dados que, repetimos, não são oficialmente registrados, o que nos mostra a vulnerabilidade e o preconceito com que vivem essas pessoas, que seguem invisibilizadas até pelo poder público. No entanto, Barbosa e Pimentel (2011, p. 83) apontam que a desigualdade social e a exclusão geram polos de violências e seu uso recorrente quando a mulher *trans* busca resistência. Ainda para os autores, na sociedade heteronormativa, o uso da violência contra aqueles considerados marginais é considerado como uma espécie de remoção de pessoas indesejadas em espaços públicos, tornando-se, portanto, uma das violações dos direitos humanos.

Marinho e Almeida (2019, p. 118), em síntese, consideram que há uma tríade que leva à violência: o sexismo, o machismo e o patriarcado. Essas seriam as molas impulsionadoras do binarismo, e, conseqüentemente, da heteronormatividade. Sob essa tríade ideológica e pelo corpo trans transgredir essa norma, ele sofre transfobia. Nesse ínterim, Peres (2009, p. 238)

ressalta que os sentimentos e a autoestima dessa população são prejudicados quando a homossexualidade, e, mais especificamente, a transexualidade vêm desde a infância ou adolescência, podendo a violência ser especialmente cruel. A partir de perspectivas etnográficas das famílias desses indivíduos, observam-se históricos de discriminação, violências ou até morte. Por fim, o processo de estigmatização social pode ocorrer e estender-se para todos os espaços com a crescente desvalorização, baixa autoestima, depreciação e inferiorização das mulheres trans.

Considerando a reflexão sobre as interfaces ou interconexões entre acesso aos serviços de saúde e violências institucionalizadas e perpetradas pelos profissionais de saúde, os relatos sobre as mulheres trans e travestis incluem o tratamento desrespeitoso, preconceituoso e discriminatório por parte de profissionais de saúde quando tais mulheres acessam os serviços de saúde. As violências se desdobram no desencorajamento da procura por cuidados de saúde.

Diante disso, Sebastião *et al.* (2022, p.9), descreve que as mulheres trans e travestis relatam medo e desconfiança dos profissionais de saúde pelos desrespeitos e maus-tratos relacionados ao gênero, classe, raça e localidade. Portanto, os profissionais de saúde devem estar familiarizados com a variabilidade de gênero, competência cultural e respeito à pessoa independente da sua posição religiosa e política, dentre outras questões. O olhar preconceituoso e o pensamento pautado no estereótipo não devem ser levados para a relação profissional-paciente durante o atendimento.

Além disso, as mulheres trans e travestis buscam pela passabilidade, como forma de reduzir a transfobia em espaços institucionalizados, como as unidades de saúde. Algumas mulheres afirmaram não se importam com a aparência cisgênero e afirmar que a passabilidade é a maior garantia de sobrevivência, menor exposição as violências e situações vexatórias principalmente em unidades de saúde (Sebastião *et al.*, 2022).

Rocha (2014, p.19), assertivamente, ressalta que a interface é a ponte entre o mundo e o mundo dos usuários, sendo considerado pelo autor como o meio pelo qual os usuários interagem com um dado espaço ou ambiente social para alcançar seus objetivos e também faz o sistema revelar-se aos usuários e comportar-se em relação às necessidades dos mesmos. Nesse contexto, Pereira e Chazan (2019, p.11) falam-nos de os danos causados pela incapacidade de profissionais de saúde ofertarem cuidados sem domínio das questões LGBTQIA +. Esse contexto surge na interação com essas pessoas e manifesta-se pelo desrespeito ao nome social, adoção inflexível do modelo médico hegemônico e o não acolhimento adequado. Tudo isso pode acarretar a não resolução dos objetivos de quem procura um serviço de saúde.

Contudo, insta salientar que o Estado garante, mediante políticas sociais e econômicas,

a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, Ministério Da Saúde, 2013, p. 10). Além disso, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, no relatório ‘Situação dos Direitos Humanos no Brasil’, pontuou sobre importantes avanços sobre a população LGBTQIA+.

Corroborando com esse relatório, a OMS publicou o estudo ‘*Sexual health, human rights, and the law*’, no qual declarou a dificuldade em relação ao acesso aos serviços de saúde por transexuais e travestis, acarretando um grave impacto nas condições de saúde dessas pessoas e as distanciando-as de cuidados necessários (Who, 2015; Comissão Interamericana De Direitos Humanos, 2021).

Nesses avanços e retrocessos vale citar as considerações de Moquedace (2022, p. 19) sobre as atividades realizadas no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (AMIG) no Rio de Janeiro. Cenário observado a partir das narrativas das pessoas transexuais e travestis no que se refere às dificuldades no acesso e acolhimento ao centro de referência. Pois, as pessoas transgênero que acessam o AMIG – através da Atenção Primária a Saúde, mediante a inserção da plataforma do Sistema de Regulação Estadual (SER) – o fazem para acompanhamento do processo transexualizador. Contudo, tais pacientes relataram que aguardam de 6 meses a 3 anos, em média para tal tratamento, uma demora que caracteriza iniquidades.

Por fim, um cenário de maus tratos de profissionais de saúde, através do desrespeito, das instituições de saúde hostis pautadas na cis-heteronormatividade; das barreiras geográficas (distâncias e tempo entre os serviços de saúde e os usuários); barreiras econômicas (custos implicados), bem como a não oferta de serviços e poucos profissionais qualificados para a atenção desejada, constituem ao mesmo tempo um obstáculo ao acesso a serviços de saúde e uma ligação/interface com as violências, sendo um campo “cego” onde as violências cotidianas não são dirimidas, e, pior, somam-se à violência institucional nos serviços de saúde.

1.3 Vulnerabilidades e interseccionalidade

A partir destes sentimentos de estigmatização, discriminação e preconceito, pessoas LGBTQIA + tornam-se cada vez mais excluídas, vulnerabilizadas e fragilizadas perante a sociedade, perdendo sua rede de apoio e ficando cada vez mais expostas a sofrer violências.

Portanto, é preciso falarmos sobre fragilidade e vulnerabilidade. Infere-se que pessoas vulnerabilizadas têm a relação com processos pelos quais tornam-se mais suscetíveis às adversidades, atribuindo aos grupos sociais a condição de sujeitos portadores de direitos que foram ou encontram-se degradados. (Porto, 2011, p. 46). Salienta-se que vulnerabilizado é a condição ou probabilidade que a pessoa tem em enfrentar situações de forma frágil e desigual, enquanto vulnerabilidades são as características que atribuem para essa suscetibilidade. Corroborando com esse raciocínio, Sevalho (2018, p. 179) diz que a vulnerabilidade é um termo interdisciplinar aplicável a diferentes campos temáticos, remetendo ao sentido de fragilidade.

Frente a isso, Ayres (2011) também chama atenção para a noção que confunde o risco com a vulnerabilidade. Historicamente, no período de descoberta da AIDS (1981-1984), utilizou-se o termo “fator de risco” para segregar os grupos sociais de onde supostamente emergia a doença. Com o passar do tempo e na tentativa de amenizar os preconceitos gerados por este termo, a conceituação passou a ser denominada como “grupo de risco” e, posteriormente, “comportamento de risco”, no qual características individuais eram levadas em consideração (Rocha, 2016, n.p).

A partir da relação entre risco e vulnerabilidade na prevalência do HIV nas populações mais vulneráveis, Costa (2015, p. 13), aponta o surgimento, nos anos 19080, de uma categorização dividida em três modalidades de explicação. A primeira foca os grupos de risco, apontando as pessoas com características comuns que as tornariam mais suscetíveis para contrair o HIV. Exemplo disso são os homossexuais com características intrínsecas ao risco. A segunda forma/modalidade de perceber o risco para a doença, contempla pessoas com algum comportamento de risco. Essas pessoas são consideradas como “grupo de risco”: aquelas que praticam sexo desprotegido, trazendo um risco para si e para o outro. A terceira e última modalidade é a de vulnerabilidade, em que se reconhece que as formas de transmissão podem ocorrer a partir de comportamentos individuais, enfatizando maior ou menor vulnerabilidade relacional ao comportamento de risco à infecção e ao adoecimento. Ainda para Costa (2015, p. 14), faz-se necessário superar esses modelos mistificadores que apontam risco e comportamento de risco ligando a suscetibilidade das pessoas à infecção e seus contextos sociais.

Para Ayres (2011), o conceito de vulnerabilidade aplicado à saúde tem como ponto de partida a análise de um determinado transtorno. Tal investigação busca, então, “identificar, da forma mais exaustiva possível, os fatores físicos, mentais ou comportamentais que podem expor um indivíduo a esse transtorno por meio de avaliações de risco e outras abordagens.” (Ayres, 2011, n.p). Além disso, o autor concentra-se, em nível coletivo, em dois componentes da vulnerabilidade. O primeiro componente é a dimensão social e os fatores culturais, morais,

políticos, econômicos e institucionais que lhe são adjacentes. O segundo é a análise do programa, no caso a saúde, que examina as maneiras pelas quais as políticas, programas e serviços podem interferir em situações coletivas e individuais. Com tais fatores em vista, Ayres defende que a conceituação de vulnerabilidade à luz da área dos direitos humanos.

Takahashi e Oliveira (2001, p. 225) relatam que o termo vulnerabilidade foi incorporado no campo da saúde da Escola de Saúde Pública de Harvard por Jonathan Mann nos anos de 1980 devido à epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS. A identificação dos grupos e a sua classificação de “risco” traziam a discriminação social a pessoas já adoecidas com características vulneráveis como: mulheres, pobres e jovens.

Com o avanço das pesquisas na metade dos anos 1980, muitos conceitos e pesquisas foram avançando e adotaram-se medidas de prevenção e suscetibilidade. Ações que veem como premente a necessidade de olhar coletivamente a sociedade como um grupo de pessoas suscetíveis.

Propostas envolvendo intervenções sociais e estruturais foram pensadas e estudadas. Takahashi e Oliveira (2001, p. 225) citam que foi Mann e seus colaboradores, em 1993, que passaram a utilizar o termo vulnerabilidade e elaboraram indicadores para avaliar essas vulnerabilidades em relação à infecção. Takahashi e Oliveira (2001, p. 225) ainda ensinam que o uso do termo vulnerabilidade busca avaliar os indivíduos ou grupos da seguinte forma, de acordo com a suscetibilidade:

- Vulnerabilidade individual, que considera o conhecimento acerca do agravo e o comportamento frente a infecção;
- Vulnerabilidade programática, relacionado aos acessos aos serviços de saúde, organização desses serviços e os vínculos com este serviço;
- Vulnerabilidade social, que avalia a dimensão do adoecimento e o perfil da população no que se refere ao acesso à informação, gastos com a saúde e índice de desenvolvimento.

Cada autor descreve a vulnerabilidade relacionada a desigualdades e assimetrias, mas em *lato sensu* fala-se de uma vulnerabilidade relacional. Para Schramm (2012, p. 38-44), o conceito de vulnerabilidade é paradoxal, pois trata-se de um termo semanticamente denso e ao mesmo tempo indefinido, trazendo uma confusão entre a potência do que pode acontecer e o ato. Frente a isso, o autor ressalta que embora a intenção semântica de vulnerabilidade e vulneração/vulnerado sejam iguais, os dois conceitos não possuem a mesma extensão semântica. De forma geral, a vulnerabilidade se refere ao ato da condição de ser ferido ou traumatizado, ao passo que vulneração/vulnerado contempla a condição de quem já foi ferido

ou traumatizado. Essa dificuldade de conceituação no campo prático e acadêmico pode ter surgido em consequência das práticas negativas, tanto no campo da bioética como no campo da saúde pública, quando esses termos são utilizados para proteger ou justificar o amparo a essas pessoas sem distinguir se são vulneráveis ou vulnerados.

Frente a isso, Figueiredo e Noronha (2008, p. 124) reconhecem que o conceito de vulnerabilidade perpassa gerações e gerando controvérsias, fazendo com que pesquisadores se prendam a grupos vulneráveis e não a conceituação propriamente dita. Inicialmente, a vulnerabilidade era atrelada apenas a grupos não-dominantes socialmente, as minorias. Com o entendimento desses grupos e sua reformulação, a vulnerabilidade passou a abranger outros grupos sociais.

Com relação aos direitos humanos e direitos universais, podemos observar dois grupos, ao menos: os mais fortes e os mais fracos, sendo estabelecida uma relação de dominação de um sobre outro. A posição da pessoa em situação de vulnerabilidade ou vulnerabilizada é dada pela sua posição desigual em determinada sociedade, destacando a possibilidade de haver uma existência de necessidades especiais e o reconhecimento dessas pessoas pelo Estado a fim de garantir esses direitos. Portanto, a pessoa vulnerabilizada é aquela que está na parte de baixo da gangorra e do lado mais fraco da relação. Essas pessoas no lado abaixo da gangorra precisam ser identificadas através de critérios de distribuição universais como IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), renda, acesso a políticas públicas. Aqui não se fala de ter e sim do ser no sentido do reconhecimento no/do contexto social (Figueiredo; Noronha, 2008, p. 135).

Para Honneth (2003, p. 73), a partir do pensamento de Hegel, o reconhecimento de ser vai depender de onde e quando o indivíduo se encontra inserido e das diferentes disputas de valores nas quais faz parte. Para esse filósofo, somos seres intersubjetivos e, ao nos deparar com o outro, reprimimos a nossa natureza ética que queremos ver no outro. Portanto, o primeiro passo para reconhecimento é a reciprocidade da nossa identidade frente ao outro. Com a universalização dos direitos sociais, os indivíduos deixaram seus reconhecimentos singulares para o reconhecimento mútuo e formal da sociedade. Portanto, necessita-se da reciprocidade do outro e da identidade reconhecida frente ao seu semelhante. Além disso, as pessoas se identificam a partir dos seus direitos garantidos. Nessa lógica, o ser vulnerável fica abaixo do reconhecimento dentro de uma sociedade e sem representatividade no que tange aos seus direitos.

Corroborando, Figueiredo e Noronha (2008, p. 140-141) esclarecem que a dimensão do reconhecimento encontra-se na esfera de três grupos. Uma das esferas contempla grupos que possuem relação com “o que se diz de mim”, na compreensão do que eu sou na socialização

primária. Em outra esfera, diz respeito “ao que o outro diz de mim”, indo de encontro como eu me direciono ao outro ou como me relaciono. E por fim, a terceira esfera diz sobre o jurídico-moral. Este último fala sobre as normas que ditarão o meu comportamento.

Diante dessas afirmações, podemos perceber que as vulnerabilidades vão além da distribuição de renda e acesso. Destarte, o ativismo identitário, reconhecimento e representatividade do eu na sociedade é uma pauta a ser mencionada e também refletida, principalmente quando pensamos nas dualidades inclusão e exclusão, desigualdades estruturais sociais e econômicas. Entretanto, as vulnerabilidades e suas conceituações perpassam a complexidade de compreensão de cada pesquisador, podendo não intencionalmente atrelar conceitos genéricos e confundindo as conceituações.

Reforçando essa pluralidade de visões sobre a vulnerabilidade, Rios (2009, p. 66-67), em sua pesquisa da área jurídica sobre o racismo, homofobia e sexismo nos chama atenção para a interseccionalidade do fenômeno discriminatório. Considerando um contexto no qual as ideologias justificam a homofobia e outras formas de violências, a pessoa em condição de vulnerabilidade tem os seus ameaçados, tornando-se cada vez mais fragilizado e estigmatizado perante a sociedade.

Nessa perspectiva, observa-se uma linha tênue entre interseccionalidades e vulnerabilidades. Os grupos ou indivíduos sem acesso à informação, aos serviços de saúde e pertencentes a um grupo estigmatizado, permitem-se a comportamentos e práticas que se relacionam a alguns agravos por motivos individuais ou socioculturais. Insta salientar que, o reconhecimento de que a vulnerabilidade de uma pessoa pode ser agravada quando fatores interseccionais são considerados não de forma isoladas, mas, muitas vezes interligadas em vários aspectos como por exemplo o contexto social.

Para Carvalho (2017, p. 18), a noção de interseccionalidade possibilita complementar o estudo do fenômeno de forma mais relacional e articulada, contribuindo para a compreensão das diversas formas em que a interação entre duas ou mais categorias, como a raça, classe, gênero. O conceito de interseccionalidade originou-se na década de 1980 através de uma professora de direito e ativista, no intuito de descrever as interações complexas entre diferentes formas de discriminação como, raça, gênero e classe social. No entanto, Collins (2013, p. 9) menciona que o projeto de interseccionalidade permaneceu sem nome na década de 1980. As ideias eram incorporadas à academia norte-americana como um termo “guarda-chuva” que incluía raça, classe e gênero. Nesse contexto, acadêmicos comprometidos com questões sociais, compartilhavam suas sensibilidades semelhantes de formas diferentes, dando luz a discussões.

Sob a visão de Collins (2013, p. 3-4) a interseccionalidade é socialmente construída e

abrange as formações sociais a partir das diversas desigualdades sociais. Ainda para a autora, o sistema interseccional de opressão, deve ser considerado devido à complexidade estrutural de opressão na sociedade contra pessoas e grupos vistos como marginalizado. Nesta perspectiva os argumentos de competição entre os mais ou menos excluídos são recriminados durante seu estudo. Por fim, a discriminação, o racismo, o sexismo, ser mulher, ser travesti, ser pobre, entre outras identidades, são, para aqueles que compõe uma sociedade que tem o pensamento de “higienização social.”, justificativas para violências estruturais, culturais, físicas e linguísticas.

Essas discriminações e desigualdades sociais, de raça e gênero, traduzem a falta de acesso a diversos serviços, impactando grupos específicos para situações de vulnerabilidades. Carvalho (2017, p. 24) afirma que as diferenças de uma população marcada por renda desigual, baixa qualidade de vida e bairros mais pobres, refletem também desigualdades de acesso à saúde, educação, trabalho e renda.

1.4 Acesso aos serviços de saúde e pessoas transgênero

No passado, os serviços de saúde apresentavam um modelo meritocrático, segregador e discriminatório. Menicucci (2014, p. 78-79) o afirma quando apresenta os antecedentes do SUS e os problemas aderidos junto ao sistema. Mormente, ressalto que os princípios do SUS têm bases fundamentadas na universalidade e na equidade da integralidade na participação social e na descentralização. Sendo este um sistema que, desde sua implantação a partir de 1988, teve a pretensão de romper o caráter meritocrático ao incorporar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Neste sentido, podemos falar do reordenamento institucional e ideológico, a partir da reforma sanitária idealizada para fundamentar o SUS.

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, previa uma alta cobertura para a classe trabalhadora do país e, obviamente, pautado na assistência médica, contrapondo as limitações da rede governamental. Contudo, este prestador de serviços ocasionou, na época, o aumento da contratação de serviços de saúde privados, que incluiu convênios com empresas para construção de hospitais, reforçando o modelo hospitalocêntrico e médico centrado na doença ocasionando a desigualdade de saúde. Frente a esse cenário adverso e excludente, movimentos sociais buscaram uma saúde democrática, trazendo uma pauta mais igualitária, equânime e com discussões de políticas públicas de reforma do sistema de saúde (Menicucci, 2014).

Paim (2008, p. 626) esclarece o papel significativo do Movimento Sanitário Brasileiro na concepção do SUS ao ampliar o direito de inclusão da saúde de forma abrangente a todas as pessoas, sob a égide da universalidade. Vale destacar, que nos anos de 1980, o Plano proposto por Jofran Frejat para o Distrito Federal, inspirado no ideário de Alma Ata, visava a saúde como direito humano e não médico-centrado, além de contemplar os determinantes sociais de saúde, participação popular e ênfase na atenção básica de saúde, especialistas básicos, hospitais regionais e hospitais de base, referência e contrarreferência. Essa proposição trouxe mudanças no sistema de saúde e inspirações para a ênfase na Atenção Primária de Saúde como porta de entrada para o sistema, sendo concretizado anos mais tarde pelo SUS e suas Redes de Atenção à Saúde.

O acesso aos serviços de saúde sempre foi uma preocupação popular desde a Reforma Sanitária Brasileira. Trata-se, pois, de um termo de definição complexa e plural, com várias perspectivas possíveis e compreendê-lo faz-se imprescindível na investigação do objeto de pesquisa. Embora o senso comum considere *acesso* e *acessibilidade* aos serviços de saúde como termos sinônimos ou equivalentes, há uma diferenciação entre os conceitos, variando de acordo com a formação e a ótica de cada pesquisador, assim como dos subcontextos históricos, geográficos, políticos, econômicos e socioculturais analisados. Alguns autores inclusive citam a acessibilidade como pertencente ao acesso.

Para Donabedian (2003, p. 19), um médico e pesquisador nos EUA, a acessibilidade não é restrita ao ato de acessar em si. O autor contextualizou um modelo conhecido como “tripla acessibilidade”, que avalia o acesso em três dimensões: acessibilidade geográfica (proximidade física entre usuários e serviços de saúde), acessibilidade financeira (capacidade financeira para pagar pelos serviços) e a acessibilidade relacional ou organizacional (disponibilidade dos serviços e aceitação cultural). Esses aspectos podem gerar menor ou maior interesse na busca dos cuidados, uma vez que os serviços que oferecem melhor custo de transporte e horários de interesse de quem o procura tendem a ser os escolhidos. Para além do fator econômico, as afinidades sociais, culturais e étnicas também pesam no momento de se escolher um serviço de saúde.

Corroborando com a acessibilidade, Sánchez-Torres (2015, p. 84) dá ênfase à questão geográfica, pois considera que a geografia determina e diferencia as necessidades de uma população, considerando que as necessidades de quem mora no litoral, por exemplo, não são as mesmas de quem mora em uma região interiorana e montanhosa. Vale ressaltar que as questões geográficas também têm uma grande influência na evolução social, epidemiológica, demográfica e nutricional, limitando ou não as pessoas e construindo desigualdades ou exclusão

social, fatores que influenciarão na acessibilidade. Portanto, em concomitância ao fator geográfico, essa autora mexicana também enfatiza a importância da criação de políticas públicas como elo entre demanda de pessoas mais vulnerabilizadas ou que menos acessam os serviços e a oferta de saúde pública.

Indubitavelmente, existem diferentes olhares e definições de acessibilidade e acesso, o que também não são termos exatamente parecidos. Além disso, há conflitos ou desconexões na compreensão dos termos acesso e acessibilidade, bem como a utilização dos serviços de saúde. Para melhor entendimento, o termo “acesso” ainda abriga outros atributos como a aceitação cultural para alguns autores. Penchansky e Thomas (1981, p. 129) falam-nos sobre o paciente aceitar ou não os serviços oferecidos devido às suas características. Essa aceitação tem relação com a etnia, atitude do pessoal, sexo e perfil religioso. Por outro lado, o fornecedor do serviço também pode escolher um perfil de pacientes e oferecer os seus serviços para grupos específicos.

Travassos e Martins (2004, p. 190-195) mencionam a utilização e “a representação central do funcionamento dos sistemas de saúde”, sendo o uso e todo contato direto, como as consultas e hospitalizações, resultantes da interação do comportamento do indivíduo e de sua decisão da procura do sistema de saúde. A acessibilidade é uma característica da oferta de serviços de saúde incluindo as adaptações, ou seja, informações para atender as necessidades da população, sendo está uma característica geral englobando a acessibilidade geográfica. Sobre o acesso, prevalece a ideia que “é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde”, referindo-se desde a entrada até a continuidade dos serviços dessa natureza.

Penchansky e Thomas (1981, p. 127) reforçam que acesso tem importantes implicações de políticas públicas que podem contribuir para um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e centrados nas necessidades da população. Porém, as autoridades que o discutem concordam que não é um termo bem definido. A grande questão não está no termo mal definido ou seus múltiplos significados, mas em algumas necessidades para a promoção do acesso, como: a questão da disponibilidade de serviços, a relação do volume e tipo de serviços existentes, serviços especializados, adequação de ofertas e profissionais disponíveis. A acessibilidade também é descrita considerando cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acessibilidade financeira, aceitabilidade e acomodação. Por tratar-se de uma visão americana, as questões em relação aos custos financeiros também é um fator de extrema importância que contempla a acessibilidade.

Contribuindo com o entendimento em relação ao acesso dos serviços de saúde, Levesque, Harris e Russel (2013, n.p.) definiram o termo como “a oportunidade de identificar

necessidades de saúde, de procurar serviços de saúde, de chegar, obter ou utilizar serviços de saúde e de realmente ter a necessidade de serviços atendida”, sendo essa definição utilizada na presente dissertação.

Frente a essas necessidades de saúde, pesquisas têm revelado discriminações nas instituições de saúde perpetradas por profissionais que acabam por engendrar variadas barreiras de acesso da população LGBTQIA +, que podem ocorrer principalmente quando os direitos não são respeitados acompanhadas da ausência de políticas públicas que assegurem a equidade deste acesso. Ante o exposto, Pereira e Chazan (2019, p. 4) e Popadiuk *et al.* (2016, p. 1514) conceberam uma linha do tempo, trazendo os avanços às políticas públicas direcionadas para essa população.

A luta pelos direitos igualitários dessa população vem desde o século XIX, quando ocorreu a patologização do corpo, dos comportamentos e do sexo, tornando-os objetos da norma e controle sociais e operados pelo modelo biomédico, juntamente com a demonização da homossexualidade e de outras expressões da sexualidade consideradas “desviantes” pela igreja e criminalizadas pela justiça (Miskolci *et al.*, 2022, p. 3816).

Por sua vez, Pereira e Chazan (2019, p. 4) e Popadiuk *et al.* (2016, p. 1514) abordam a luta por um acesso com equidade, integralidade e participação social, conforme definidas pela Constituição Federal de 05 de outubro de 1988. Essa estabeleceu a saúde como direito de todos. Pensar minuciosamente a partir desse ideal do que seria, constitucionalmente, essa saúde para todos resultou em desdobramentos. Dois anos após, em 1990, formava-se a primeira associação de travestis do Brasil, fundada no Rio de Janeiro, onde discutia-se sobre cidadania e o movimento social.

No entanto, somente em 29 de janeiro de 2004, instituiu-se o *Dia da Visibilidade Trans: por um Brasil sem homofobia*, com objetivo de articular ações intersetoriais, discussões sobre as questões de saúde, encaminhamentos e ações sociais, fazendo parte de um comitê técnico no qual se agregaram de forma interseccional outras minorias como pauta de articulação e debate (Brasil, 2015, p. 10-12).

Diante deste comitê, houve um importante seminário histórico em agosto de 2007, que debatia sobre os direitos à saúde, no qual lançaram luz a demandas populares através da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Essa carta contemplava reivindicações do movimento social de travestis e transexuais com a inclusão do direito ao uso do nome social nos cadastros do SUS, além da inclusão de demandas das mulheres lésbicas e bissexuais na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a construção do Processo Transexualizador (Brasil, 2013; 2015).

Pereira e Chazan (2019, p. 4) e Popadiuk *et al* (2016, p. 1514) definem a primeira Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBTQIA + (de junho de 2008) como importante marco histórico, coincidindo com a comemoração dos 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. À época, ainda utilizava-se o termo GLBT ou GLBTT, tendo a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral LGBT levantado questões relacionadas aos direitos e políticas voltadas para essa população. O texto governamental sobre essa política esclarece que:

Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2009 e publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, considera a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e visa à eliminação das iniquidades e desigualdades em saúde dessa população (Brasil, 2015, p. 11).

Outro marco importante no Brasil foi a reivindicação da cobertura do processo transexualizador através da Portaria nº 457 de agosto de 2009, em que a inclusão da cirurgia de redesignação sexual começou a fazer parte no rol de procedimentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Além disso, no mesmo ano, a inclusão do nome social no Cartão Nacional de Saúde (cartão do SUS) é estabelecida pela portaria 1820 de 13 de agosto de 2009, orientando os profissionais de saúde a adotarem e respeitarem o nome social em documentos. Entretanto, somente em 2014, houve a inclusão dos campos identidade de gênero e orientação sexual na Ficha de Notificação Compulsória para que seja aplicada a qualificação desses eventos. Destarte, no ano seguinte, ocorreu por iniciativa do Ministério da Saúde, um curso de ensino à distância sobre o tema da Política Nacional LGBTQIA+, promovido pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UMA/SUS) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O intuito do curso era capacitar maior quantidade de profissionais de saúde para atender de forma qualificada as demandas dessa população, ampliando o seu conhecimento acerca do assunto (Pereira; Chazan, , 2019, p. 4; Popadiuk *et al.*, 2016, p. 1514).

Entre 2012-2014, o Governo Federal reforçou como prioridade a garantia ao acesso à saúde de qualidade e com equidade para a população LGBTQIA+ com a participação das três esferas governamentais. Em 01 de dezembro de 2011, outro avanço importante deu-se com a organização por parte do Ministério da Saúde do I Seminário Nacional de Saúde dessa população, em que se abordaram os avanços e os entraves no processo de implementação da política LGBTQIA+. Junto a isso, elaboraram-se estratégias e ações para consolidar sua efetiva implementação (Brasil, 2015, p. 13). Em abril de 2016, a 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos trouxe como tema de debate “Um Brasil que criminalize a

violência contra LGBTQIA+”, além de outras pautas sobre diversidade. Uma das metas foi equiparar este crime na mesma magnitude dos moldes ao crime de racismo.

Apesar desses progressos, houve interrupção de avanços nas áreas aqui analisadas nos cinco anos seguintes, fragilizando principalmente as conquistas obtidas em escala nacional. Tal fato representa-se principalmente pelos retrocessos provocados por líderes governamentais conservadores e atores sociais reacionários que angariaram grande representação política no Estado brasileiro, especialmente a partir de 2018. Apesar do coletivo LGBTQIA+ marcar presença na 14ª e 15ª Conferências Nacionais de Saúde, não houve nada enfático e impactante para o debate durante esses eventos. Entretanto, a Conferência Nacional de Saúde reforçou algumas pautas anteriores, como a reafirmação, implantação e garantia do cumprimento das Políticas Públicas de Saúde direcionados à população LGBTQIA+ e outras minorias, a garantia da Política Nacional da Saúde Integral, o fortalecimento do aporte financeiro, o aumento do acesso à saúde, o atendimento qualificado e a adequação dos abrigos, entre outras pautas (Pereira; Chazam, 2019, p. 18-21).

Diante do retrocesso imposto por líderes governamentais autoritários e pensamentos conservadores disseminados na sociedade, considero que debates políticos voltados para os direitos de saúde devem ser retomados e ampliados, condição *sine qua non* para que haja avanços nas políticas públicas, como a garantia o acesso e respeito multiplicidade de expressões. Miskolci (2022, p. 3818) salienta isso quando analisa triangularmente os desafios da saúde da população LGBTQIA+, encontrando narrativas de discriminação e visões de demandas diferentes entre gestores e usuários da Atenção Básica de Saúde. Os gestores têm preocupações com a alimentação de dados nos sistemas, enquanto os usuários exibem outras demandas referentes ao acesso. Além disso, verificou-se um sistema de informação em saúde rígido para as mulheres e homens trans, sendo um impeditivo para realizar procedimentos como o exame citopatológico em homens trans ou exame de próstata em mulheres trans. Diante de um sistema segregador e inadequado para suprir suas demandas de saúde, a pessoa trans ficam na dependência da “boa vontade” do profissional para ajuste do sistema.

A Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada para os usuários do sistema de saúde e abarca a perspectiva assistencial centrada na pessoa e na coletividade. O serviço da APS faz-se necessário para que haja ampliação de acesso através da integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) interconectada como estruturas organizadas que buscam suprir as necessidades de saúde das pessoas em diferentes níveis de complexidade. Embora tenha manifestado essa premissa, percebe-se que há poucos estudos sobre a temática das pessoas LGBTQIA+, principalmente no que tange às mulheres trans e travestis, sendo necessário avançar nas

investigações sobre esse tema. Além disso, urge a necessidade de incrementar o envolvimento de todos os profissionais de saúde nas discussões sobre a população trans e travestis em colegiados gestores das unidades de saúde para abarcar a participação popular (Pereira; Chazan, 2019, p. 7-9).

Diante de tais entraves, as barreiras de acesso foram descritas como: questões socioeconômicas, o cuidado voltado para o perfil médico hegemônico, desrespeito ao nome social, distância dos profissionais de saúde em relação aos conhecimentos dos direitos humanos; distanciamento emocional durante a consulta; falta de diálogo voltado para Infecção Sexualmente Transmissível/Vírus da Imunodeficiência Humana (IST/HIV); estigma de gênero (que explica a baixa adesão na utilização do serviço); e dicotomias de políticas públicas da saúde, nas quais questões de saúde do homem e da mulher são fortemente baseados na heteronormatividade. Além disso, a falta de investimento na APS em alguns municípios reforça o déficit no atendimento da mulher trans e travesti pela atenção especializada. Outro fator restritivo é a localização das unidades, que podem ser distantes de suas casas, limitando a acessibilidade dessa população.

A nível comparativo, vale ressaltar que, no Reino Unido, onde os serviços de saúde também são públicos, não se conseguiu chegar a um consenso acerca da razão pela qual profissionais do sexo LGBTQIA+ não acessam os serviços de saúde. Apesar de identificar as barreiras de acesso nos serviços, os estudos quantitativos não foram capazes de elucidar qualitativamente esses motivos, ressaltando a importância de compreender os sentimentos que levam as pessoas trans (identidades masculinas e femininas) a não acessarem os serviços de saúde, mesmo após ter sofrido violência ou exposição do vírus HIV/AIDS (Steele *et al.*, 2020, p. 15).

No caso brasileiro, Santos (2019, p. 115) resalta os sentimentos negativos e positivos de mulheres *trans* ao acessarem os serviços de saúde no Estado do Amazonas. Um dos relatos em sua pesquisa disserta sobre o preconceito vivido ao procurar um serviço de saúde para acompanhamento do processo transexualizador e, após isso, um médico ter informado que não poderia atendê-la por ela não ter passado por uma cirurgia de transgenitalização (cirurgia de redesignação sexual). Essa mesma mulher *trans* ou travesti trata o HIV/AIDS em outra unidade de saúde e relata um bom vínculo com a médica e enfermeiras. Entretanto, há percepção da falta de qualificação profissional para a assistência das pessoas LGBTQIA+ e com deficiência.

A hormonização referida pelas pessoas trans implica no uso de hormônios por prescrição médica, mas há aquelas que fazem esse processo de modificação dos aspectos corporais por conta própria devido às dificuldades de acesso a serviços especializados. O processo

transexualizador e a busca pelo corpo feminino através de substâncias não é algo da atualidade. Simpson (2015, p. 15), em seu artigo para o Ministério da Saúde, menciona que mulheres trans, que na época eram conhecidas por travestis, tiveram conhecimento de que, nos anos de 1980 em Paris, existia uma substância que modificava as suas formas corporais. Essa substância, conhecida como silicone industrial e associada a hormônios de uso indiscriminado, tornou-se, posteriormente, um problema de saúde pública por ser desaconselhável ao uso humano. Mulheres *trans* – travestis – neste contexto perigoso, encontraram uma forma de acelerar suas formas femininas.

Cabe esclarecer que o processo transexualizador é um cuidado assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com Portaria nº 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Porém, somente a Portaria GM/2803/2013 definiu as diretrizes de estabelecimento de critérios para o processo transexualizador no SUS, abrangendo a cirurgia de redesignação sexual e acompanhamento. Esse processo abarca o atendimento integral de saúde às pessoas trans e inclui o acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social nas unidades de saúde. O encaminhamento regulado ao serviço de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, pode, inclusive, se for o caso, promover cirurgias de expressão e alinhamento do corpo biológico à identidade de gênero e social, garantindo assim os direitos de saúde às pessoas trans (Brasil, 2013).

Embora o SUS assegure o processo transexualizador, o acolhimento integral à saúde, o tratamento e o cuidado mais humanizados, muitas mulheres *trans* ainda vivenciam barreiras na saúde e na educação. Isso reflete-se em dificuldades de compreensão dos cuidados com sua saúde e do empreendimento da luta dos seus direitos ao acessarem quaisquer serviços públicos. Santos (2019, p. 119) e Rocon *et al.* (2015, p. 2520) falam-nos sobre a baixa instrução que advém de evasões escolares, muitas vezes estimulada pela violência, discriminação e preconceito, inclusive o estrutural, logo no início das suas primeiras experiências sociais.

Nessa perspectiva, podemos observar que o desrespeito ao nome social e a falta qualificação profissional para iniciar o processo transexualizador formam algumas das barreiras de acesso aos serviços de saúde de maior relevância. Outros entraves observados empiricamente e encontrados nos artigos pesquisados foram o ambiente hostil, a falta de escolaridade, programas de saúde dicotômicos e sistema de informação inadequado. Concordamos que a acessibilidade está relacionada à disposição dos serviços e sua localização geográfica e, portanto, a distribuição da Atenção Primária à Saúde é, *a priori*, uma facilitadora da

acessibilidade devido à territorialização⁸. Porém, dar acessibilidade não garante necessariamente em oferecer um acesso adequado.

Portanto, o acesso é um tema complexo que envolve o ato de oferecer e utilizar os serviços, juntamente com questões sociodemográficas e culturais. Também a qualificação ou a falta dessa por parte de quem oferece os serviços de saúde também mostram-se decisivos.

⁸ A territorialização visa levar em consideração as características e necessidades específicas de uma população local, reconhecendo fatores sociais, econômicos e culturais, envolvendo a adaptação do serviço de saúde para atender as demandas da pessoa, família e comunidade (Starfield, 2002, p. 103)

2 METODOLOGIA

2.1 Abordagem metodológica

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa e caracteriza-se como do tipo descritiva.

Esse tipo de abordagem responde a questões particulares do campo das ciências sociais e um nível de realidade que não pode ser quantificado. A pesquisa qualitativa busca a compreensão dos fenômenos, explorando-os a partir da perspectiva dos participantes em um ambiente natural e em relação ao seu contexto. Essa abordagem é selecionada pelo objeto de pesquisa buscar a compreensão de como os indivíduos percebem e vivenciam os fenômenos que os cercam, aprofundando seus pontos de vista, interpretações e significados (Minayo, 2002, p. 21; Sampieri, 2014).

Na pesquisa descritiva, intenta-se descrever fenômenos, situações e contextos, como preveem os objetivos desta pesquisa. O nível descritivo permite a descrição das características ou relações existentes em uma determinada população, assim como o seu atendimento em órgãos públicos, suas condições de habitações, entre outras características (Sampieri, 2014; p.47, Gil, 2007, p. 92). Portanto, optou-se pelo estudo descritivo em conformidade com objeto e os propósitos da pesquisa, tendo em referência as definições mencionadas.

2.2 Participantes e critérios de inclusão e exclusão

As participantes foram 19 pessoas transgênero com identidades femininas que se autodesignavam como mulher trans (14), travesti (4) e transexual (1).

O critério de inclusão foi de pessoas transgênero, com identidades femininas, que se autodenominam como mulheres trans, mulheres transexuais ou travestis, com idade igual ou superior a 18 anos e usuárias das unidades públicas de saúde. Excluíram-se as pessoas transgênero femininas que não residiam na região metropolitana do Rio de Janeiro.

2.3 Coleta de dados

A produção de dados ocorreu de 05 de abril a 09 de setembro de 2023 e empregou as técnicas de amostragem *snowball*, também conhecida como bola de neve, e da entrevista semiestruturada.

A técnica da bola de neve é um tipo de amostragem por cadeia ou rede de referência. As etapas da bola de neve são descritas neste parágrafo, conforme Sampiere (2014, p. 388). Inicialmente, os principais participantes são identificados e adicionados à amostra, sendo denominados de semente. Eles são questionados se conhecem outras pessoas que possam fornecer mais dados ou ampliar as informações, e, uma vez contatados, podem ser incluídos também. Um caso ou semente leva a outros até que se obtenha um nível suficiente de informação requerida. Portanto, o recrutamento ocorreu por meio dessa cadeia de referência dos próprios participantes do estudo.

Essa técnica de amostragem foi escolhida por tratar-se de um público de difícil acesso, como o grupo populacional de interesse da presente pesquisa. A bola de neve pode ter um formato não probabilístico quando envolve procedimentos de seleção guiada pelas características da pesquisa e não por um critério estatístico de generalização. Neste caso, não há precisão para determinar estimativas das pessoas selecionadas, sendo isso uma desvantagem. Porém, permanece sua utilidade para estudar grupos ou pessoas de difícil acesso (Gil; Neto, , 2020, p. 133; Sampieri, 2014, p. 189).

Inicialmente, divulgou-se a pesquisa no local onde vive e atua comercialmente um líder comunitário, no bairro da Maré. Esse líder é morador dessa comunidade há 33 anos e organizador da parada LGBTQIA+, evento que ocorre nessa localidade há 12 anos. A escolha desse ambiente deu-se após a informação da Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) de que esse evento conta regularmente com participação de profissionais de saúde.

Esse líder comunitário atua no acolhimento da comunidade LGBTQIA+ vítima de violência física e promove parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) para apoiar, principalmente, aquelas que vivem às margens da sociedade, desempregadas ou que sobrevivem através da prostituição. Esse indivíduo voluntariou-se para divulgação do estudo e captação das mulheres trans para participação na investigação, cedendo o seu ambiente de trabalho, um espaço de sua própria residência, onde realiza cortes de cabelo, atividades de corte e costura e recebe pessoas que são influenciadores sociais para esta comunidade.

Preliminarmente, a pesquisadora fez contato com o líder comunitário com quem foi

agendada uma visita para apresentação e divulgação da pesquisa com vistas à captação das mulheres trans elegíveis ao estudo. Após a devolutiva da data e hora para a recepção das mulheres frequentadoras do salão de beleza e curso de corte e costura, foi oferecido um lanche pela pesquisadora para favorecer o vínculo com essas mulheres e possibilitar um ambiente mais aconchegante e descontraído. A comunicação e os demais arranjos locais para a entrada segura da pesquisadora na comunidade foram feitos pelo líder comunitário, pois a violência urbana é pronunciada nessa localidade.

A técnica de coleta de dados foi da entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram individuais e gravadas. Não ocorreu a devolução das transcrições às participantes e não foram utilizadas notas de campo.

A entrevista semiestruturada explora as experiências das participantes e os significados que elas atribuem ao fenômeno estudado (Tong; Sainsbury; Craig, 2007). Essa técnica de entrevista semiestruturada é baseada em um guia de tópicos ou perguntas com a introdução de perguntas adicionais para especificar conceitos ou obter mais informações que podem ser livremente inseridas. Pela sua natureza discursiva, essa técnica tem a vantagem de possibilitar ao entrevistador demonstrar a sua linha de argumentação, aprofundando e ampliando possibilidades de perguntas e respostas (Sampieri, 2014, p. 403; OLIVEIRA *et al.*, 2009, p. 59).

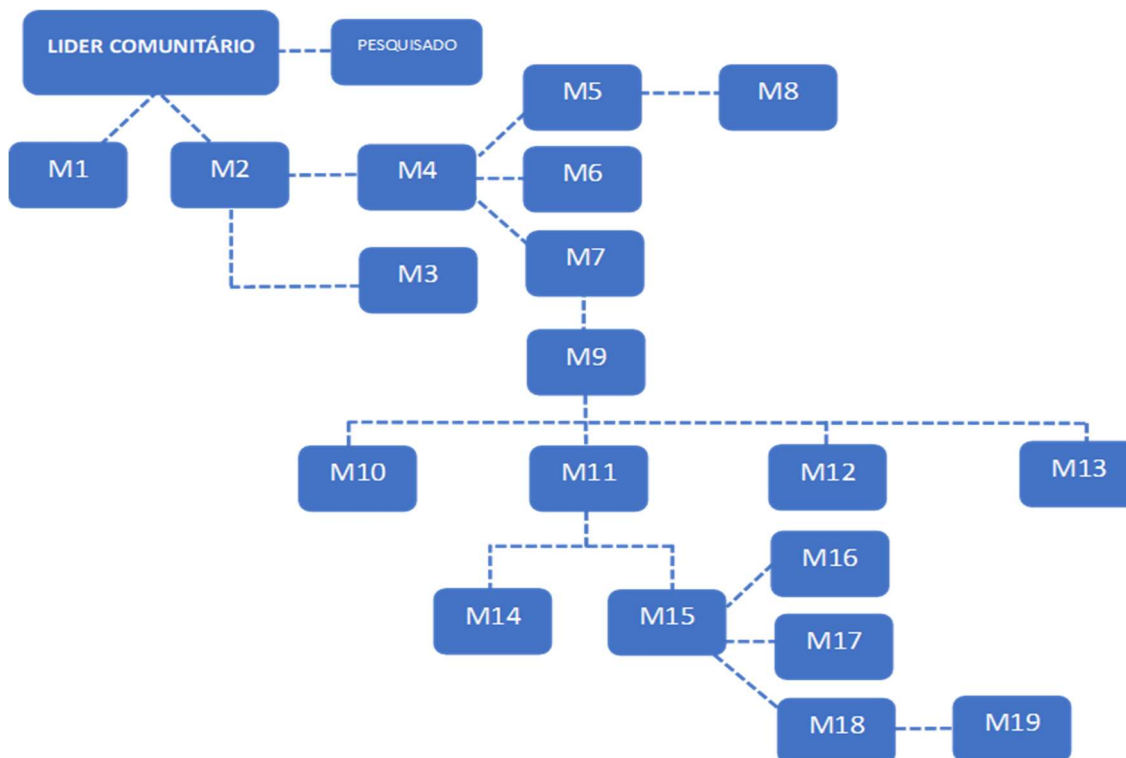
O roteiro de entrevista foi constituído por duas partes (apêndice A, disponível na página 109). Na primeira parte, havia perguntas sobre a caracterização sociodemográfica das participantes e, na segunda parte, contemplavam-se dez questões abertas com tópicos de orientação à entrevistadora. O roteiro foi previamente testado através da entrevista de duas mulheres trans, não sendo necessário a alteração no roteiro de perguntas. Uma entrevista piloto foi descartada pelo não atendimento dos critérios de inclusão e não houve recusa de concessão de depoimento pelas recrutadas através da bola de neve.

As 19 entrevistas tiveram duração de 25 a 45 minutos, com média de 35 minutos. O local da entrevista foi conforme o desejo da participante, buscando-se garantir as melhores condições de privacidade e segurança para os depoimentos. As dez primeiras participantes escolheram os dias de terças-feiras para a concessão da entrevista após o curso de corte e costura sem fins lucrativos na sede da ONG e promovido pela ECOMODAS, localizada no bairro da Maré. Cinco mulheres foram entrevistadas em um local reservado e próximo ao ponto de prostituição no bairro de Ramos e quatro participantes escolheram um local próximo à sua moradia, no bairro Galeão, localizado na Ilha do Governador.

A Figura 2 demonstra o fluxograma do processo de recrutamento e amostragem das participantes transgênero femininas, codificadas de “M” de mulheres, pela técnica da bola de

neve.

Figura 2 - Fluxograma da amostra de participantes pela técnica da bola de neve



Fonte: A autora, 2022.

2.4 Análise de dados

A técnica da análise temática foi aplicada em conformidade com as proposições de Virginia Braun e Victoria Clarke (2006). Para essas autoras, a análise temática é um paradigma analítico apropriado para captação, interpretação e tratamento dos dados qualitativos, que são aqueles relativos a opiniões, pensamentos, sentimentos e outras informações descritivas, como realizado na presente pesquisa. Essa análise apresenta dinamismo para descrever os dados e envolve interpretação nos processos de seleção de códigos e construção de temas, caracterizando-se pela flexibilidade de sua utilização em uma ampla gama de quadros teóricos e epistemológicos, questões de estudo, projetos e tamanhos de amostra. Essa análise requer um conjunto de sequências e fases a serem seguidas para serem efetivamente aplicadas em um rol de dados (Braun; Clarke, 2006).

Braun e Clarke (2006, p. 15) esclarecem que a primeira fase da análise é a familiarização com os dados através de leituras repetidas, buscando-se significados e padrões. Na segunda

fase, há a geração de códigos iniciais, nos quais irão produzir as primeiras listas de ideias presentes nos dados. A pesquisadora pode fazer perguntas específicas para depois codificá-las. Após a codificação, passa-se para a terceira fase, quando há a procura por temas novos, dado que os anteriores foram codificados e agrupados, sendo o início da análise de códigos e de suas diferenciações para investigação, possibilitando emergir temas diferentes.

Na quarta fase, empreende-se a revisão de temas com o intuito de refiná-los. Nessa etapa, verifica-se a existência de novos temas e se esses são relevantes para o estudo. Se não forem relevantes, eles são descartados. A quinta fase possibilita construir um mapa temático satisfatório. Havendo a necessidade, pode-se revisar ainda mais os temas para a preparação da sexta e última fase, que é a produção do relatório. Nesse ponto, há a redação da análise final e a busca pela publicação dos resultados (Braun; Clarke, 2006).

Com base nessas indicações de Braun e Clarke (2006), as seis fases da análise temática de dados da pesquisa foram operacionalizadas da seguinte forma:

- a) A familiarização de dados foi a primeira fase da análise e demandou a imersão da pesquisadora nas entrevistas, transcrição integral minuciosa dos áudios gravados, possibilitando demarcar ideias e palavras com seus significados. Após as leituras, as entrevistas foram organizadas e numeradas;
- b) A geração de códigos iniciais abarcou a verificação global da semântica, dos sentidos e significados, das palavras e frases presentes nos depoimentos, juntamente com a comparação entre sinônimos e antônimos, para a gerar os primeiros códigos iniciais. Nessa etapa, um conjunto de códigos foi criado e cada um dos códigos categorizado pela letra C, adotando-se C1, C2, C3 e assim por diante. Os códigos foram agrupados sequencialmente, alocados numa planilha Excel e totalizaram 76 códigos. Posteriormente, os códigos constituíram dois temas emergentes, acesso aos serviços de saúde e violências sofridas pelas mulheres trans;
- c) Em prosseguimento, novas divisões e junções de códigos ocorreram, adotando uma reorganização a partir de um novo agrupamento dos temas preliminares. Nessa etapa, avaliou-se a saturação dos dados a partir da verificação da capacidade dos depoimentos recentes gerarem novos códigos. Ao verificar a repetição dos códigos, as entrevistas foram interrompidas na décima nona participante. Segundo Vinuto (2014, p. 203), a saturação ocorre quando não surgem novas informações relevantes para o quadro de análise;

- d) A revisão e o refinamento dos temas e subtemas ocorreram pelo descarte ou agrupamento de códigos de acordo com sua relevância para a questão da pesquisa. Essa nova reorganização culminou em 55 códigos, que originaram dois temas ou categorias temáticas e subtemas, como descreve o Quadro 3;
- e) A produção de relatório é a fase final, quando os dados são consolidados e debatidos de forma crítica, articulando-os com os objetivos da pesquisa e o referencial teórico-metodológico do estudo. A partir de então, os resultados são apresentados e discutidos, possibilitando responder às questões e objetivos propostos. Todas as etapas da análise foram supervisionadas pela orientadora.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias temáticas do estudo



Fonte: A autora, 2022.

2.5 Aspectos éticos da pesquisa

A investigação respeitou as legislações éticas em pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com as Resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP-UERJ), parecer nº 5.843.196 (Anexo A, disponível na página 112)

Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo B, disponível na página 111) para leitura, assinatura e concordância em conceder a entrevista, juntamente com a sua gravação em áudio. Conforme a legislação, a pesquisa foi

iniciada após aprovação dos seus aspectos éticos e as participantes foram designadas como mulheres trans, recebendo a codificação como M1, M2, M3 e, assim por diante, até M19.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Já foi nascendo com cara de fome
E eu não tinha nem nome pra lhe dar
Como fui levando, não sei lhe explicar
Fui assim levando ele a me levar
E na sua meninice, ele um dia me disse
Que chegava lá

Chico Buarque, *O meu guri* (1981)

As 19 mulheres trans participantes da pesquisa estavam com a idade entre 18 e 49 anos. A maioria delas autodeclararam-se com a cor da pele parda ou preta (13), havendo também outros que se declararam de cor branca (6). Quanto à escolaridade, as entrevistadas que possuíam o nível médio completo ou incompleto (10) predominaram, seguidas daquelas com fundamental completo ou incompleto (5) e superior completo ou incompleto (4). As profissões/ocupações referidas foram: enfermeira (1); técnica de enfermagem (2); promotora de saúde (1); assistente de pesquisa (1); auxiliar de costura (1); costureira (1); designer de sobancelhas (1); preparadora física (1); cabeleireira (2) e estudante (2), juntamente com outras que atuavam na prostituição (6).

Em relação à moradia, 18 mulheres residiam em bairros do município do Rio de Janeiro, sendo a maioria no bairro da Maré (10). Apenas uma participante morava no município de Magé. As entrevistadas residiam com o companheiro (5), com os familiares (5) ou sozinhas (9), dentre essas, três mulheres não possuíam residência fixa, mas localizaram o bairro onde permaneciam por ocasião da coleta de dados. O detalhamento do perfil da amostra estudada pode ser observado no quadro 4.

Quadro 4 - Perfil sociodemográfico das pessoas transfemininas participantes do estudo

Participantes	Raça/ Cor	Idade	Escolaridade	Profissão/ Ocupação	Município e Bairro	Auto designação
M1	Preta	35	Superior incompleto	Técnica de enfermagem	Magé Mauá	Trans
M2	Parda	38	Fundamental incompleto	Auxiliar de costura	Rio de Janeiro Maré	Trans
M3	Branca	22	Fundamental incompleto	Prostituição	Rio de Janeiro Jacarepaguá	Trans
M4	Parda	36	Superior incompleto	Assistente de pesquisa clínica	Rio de Janeiro Maré	Travesti
M5	Branca	28	Ensino médio incompleto	Prostituição	Rio de Janeiro Vila Isabel	Trans
M6	Preta	39	Ensino médio	Microempreendedora	Rio de Janeiro Jacarepaguá	Trans
M7	Branca	18	Ensino médio incompleto	Estudante	Rio de Janeiro Maré	Trans
M8	Parda	32	Ensino médio incompleto	Prostituição	Rio de Janeiro Maré	Trans
M9	Parda	34	Fundamental incompleto	Prostituição	Rio de Janeiro Maré	Travesti
M10	Preta	48	Ensino médio incompleto	Prostituição	Rio de Janeiro Maré	Travesti
M11	Preta	49	Ensino médio incompleto	Promotora de saúde no CAPS	Rio de Janeiro Ramos	Travesti
M12	Branca	26	Fundamental incompleto	Prostituição	Rio de Janeiro Maré	Trans
M13	Branca	40	Fundamental incompleto	Cabeleireira	Rio de Janeiro Ramos	Trans
M14	Branca	41	Ensino médio	Cabeleireira	Rio de Janeiro Maré	Transexual
M15	Parda	26	Ensino médio	Costureira	Rio de Janeiro Maré	Trans
M16	Preta	22	Superior incompleto	Estudante	Rio de Janeiro Cidade Universitária	Travesti
M17	Preta	39	Superior	Enfermeira desempregada	Rio de Janeiro Cidade Universitária	Trans
M18	Preta	21	Ensino médio	Designer de sobrancelhas	Rio de Janeiro Ilha do Governador	Trans
M19	Preta	24	Ensino médio	Técnica de enfermagem	Rio de Janeiro Maré	Trans

Fonte: A autora, 2022.

A seguir, estão apresentados os três temas ou categorias temáticas originadas pela pesquisa. A primeira categoria aborda as Percepções das mulheres trans acerca do acesso aos serviços de saúde e inclui as subcategorias Barreiras do acesso aos serviços de saúde e Fatores contribuintes para o acesso aos serviços de saúde. A segunda categoria versa sobre as violências vivenciadas pelas mulheres trans e suas interfaces com o acesso à saúde e contempla duas subcategorias: naturezas das violências e discriminações e preconceitos.

3.1 Percepções das mulheres trans e travestis acerca do acesso aos serviços à saúde

A categoria temática apresentada em tela apresenta o conjunto de percepções e das mulheres trans acerca do acesso aos serviços de saúde. Aqui, contempla-se também como e quando elas utilizam esses serviços bem como o que dificulta ou favorece o seu acesso à assistência de saúde nessas instituições.

As demandas e motivações que levaram as entrevistadas a buscarem a unidade de saúde são: imunizações, consultas clínicas, exames laboratoriais, atendimento especializado para terapia hormonal e situações de urgência e emergência.

Tendo em vista as unidades básicas, as mulheres trans não as consideram como primeira opção de atendimento, embora reconheçam que o acesso é facilitado e a sua importância para as ações tradicionais de saúde pública – como, por exemplo, a vacinação. No entanto, as unidades da atenção básica nem sempre atuaram como a porta de entrada para as participantes acessarem os serviços especializados, como explicam a seguir:

Eu tenho cadastro na clínica da família, mas não vou. Eu fui uma vez para tomar vacina e todo o resto eu faço acompanhamento no serviço acadêmico especializado, onde eles me atendem normalmente. (M5).

Para cuidar do HIV ou se eu passar mal, eu vou na clínica da família e me tratam normalmente na maioria das vezes. Como eu moro na comunidade e minha irmã trabalhou na firma de limpeza [da clínica], eu sou bem atendida. Temos esse privilégio e eles ligam para mim. Eu fui lá essa semana. (M10).

Frente a isso, Starfield (2002, p. 192) considera que a maior universalização da porta de entrada necessita de parâmetros para uma boa obtenção de resultados. O primeiro contato do usuário com o sistema de saúde precisa ser melhorado com vistas ao atendimento das demandas de saúde e com encaminhamentos responsáveis. As informações necessárias, proporcionando a longitudinalidade por meio da vinculação e criação de laços com os indivíduos, família e população, devem ser respeitos. Além disso, a integralidade, através de serviços integralizados ou documentados, e da coordenação do cuidado por meio de vínculos e comunicações facilitadas entre profissionais e usuários torna o serviço mais coordenativo ao cuidado.

Outra forma de acessar os serviços de saúde é a busca pelos ambulatórios especializados, com enfoque na terapia hormonal ou hormonioterapia ou hormonização, possibilitando-as adequar o corpo à identidade de gênero. Com esse intento, foram poucas as mulheres trans que mencionaram o papel da atenção primária no referenciamento para o nível

secundário ou ambulatório para especializado nessa terapêutica hormonal.

Eu busco a unidade de saúde para pegar medicação, exames, testes rápidos e quando preciso ser encaminhada, como quando precisei buscar para tratar minha identidade de gênero no serviço especializado [ambulatório de referência] para o acompanhamento da hormonização. (M17)

Quanto esse nível de atenção secundário, as participantes mencionaram dois ambulatórios públicos, sendo um deles um serviço especializado em endocrinologia. Uma unidade pública de referência na região metropolitana do Rio de Janeiro e o outro um serviço acadêmico especializado, sendo esse mais frequentemente citado pelas mulheres entrevistadas. Esse serviço acadêmico integra um centro de formação e pesquisa em saúde das mulheres trans e realiza atendimentos especializados para essa população.

As participantes que utilizam esse serviço acadêmico destacaram que elas obtiveram informações sobre essa iniciativa através de suas próprias redes sociais e que essa unidade de saúde as proporciona tanto o acompanhamento da terapia hormonal quanto a assistência de outras demandas clínicas, como explica o depoimento a seguir.

Eu tenho acompanhamento pelo serviço acadêmico especializado e lá é bem legal (...) Eu posso buscar se eu estiver passando mal, se aparecer uma mancha no meu corpo ou se eu estiver em algum tipo de exposição [ao HIV] (...). Nos postos de saúde, é uma demora infinita (...). Eles não se interessam. Uma vez procurei para hormonização e falaram que era só para mulheres. (M8)

Na perspectiva de Dantas (2021, p. 68), mulheres trans costumam produzir uma ampla rede de apoio e cuidados através de familiares, grupos, amigos, instituições de ensino e movimentos sociais para uma construção do seu itinerário terapêutico. Essa alternativa ilumina limitações na rede de atenção à saúde em atender as demandas de saúde das mulheres trans.

Essa problemática foi reportada por Pereira e Chazan (2019), ao afirmar que a rede de atenção à saúde no Brasil é ainda desintegrada em relação à organização do acesso, sendo esse um fator importante para a sua ineficiência. Apesar de ser previsto que a atenção primária funcione como a porta de entrada do sistema de saúde, é preciso qualidade técnica para que essa missão se concretize, uma vez que a dimensão técnica do acesso envolve acolhimento, integralidade do cuidado, vínculo, compromisso e qualidade assistencial.

Por outro lado, questiona-se o fato de a atenção básica não oferecer o acompanhamento clínico da hormonização, uma vez que essa competência clínica pode ser desenvolvida pelos médicos de família e comunidade. A complexidade clínica do manejo laboratorial da transição hormonal é correspondente a de outros tratamentos realizados para as pessoas portadoras de afecções comuns e crônicas. Esse acompanhamento clínico demandado pela terapia hormonal

não deve ser considerado um tratamento de doença, mas ser interpretado como uma terapêutica necessária para garantir os direitos da pessoa em alcançar sua identidade de gênero desejada, com segurança e apoio médico (Pereira; Chazan, 2019).

Em relação à utilização dos hospitais, os depoimentos ressaltaram que eles foram acessados devido às ocorrências de urgência e emergência principalmente, sendo os agravos mais mencionados os decorrentes da violência física. Destaca-se que nenhuma das entrevistadas buscou a unidade básica em razão de ter sofrido violência.

Aconteceu com brigas entre travestis há muitos anos. Foi na época em que eu me prostituía. Eu levei facadas nas costas e fui ao hospital “X”. O atendimento foi breve, deram pontos nas minhas costas e eu voltei para a rua para me prostituir. (M11)

Uma travesti, aqui na pista [local de prostituição], fez uma covardia comigo e me cortou. Eu fui ao hospital mais perto daqui e nem tinha emergência, mas, como o meu osso estava para fora, eles me atenderam rapidinho. (M9)

Corroborando com as motivações implícitas nesses relatos, as notificações das violências no Brasil entre 2009 e 2017 demonstraram grande quantidade de ocorrências registradas em vias públicas em relação à população LGBT e, muito provavelmente, sob a observação de testemunhas, mas o agressor era desconhecido na maior parte dessas ocorrências. Esse cenário de violências em via pública e sem a devida preocupação com a identificação do agressor denota que as agressões contra a pessoa LBGT é a mais naturalizada, aceita e tolerável socialmente (Soares; Guimarães; Bonfada, 2021).

Os outros atendimentos mencionados quanto à busca pelo serviço de emergência foram em virtude de causas clínicas e acidentes, não diferenciando da população geral.

Em 2006, fui atropelada aqui mesmo, quando passou um carro e me jogou para o alto. Eu fui atendida no Hospital e me liberaram. Depois eu fui em outro hospital, e fui atendida bem melhor. (M10)

A última vez que eu fui [no hospital] foi por causa da COVID. Eu estava com tosse e falta de ar. (M1)

As pessoas transgênero têm demandas de saúde, necessidades de bem-estar e determinantes sociais e estruturais de doença semelhantes às pessoas não transgênero, a exemplo do *status* socioeconômico. No entanto, as pessoas transgênero também experimentam fatores contextuais biológicos, comportamentais, sociais e estruturais únicos em torno dos riscos e resiliências para a saúde. Elas têm direito ao reconhecimento legal da sua identidade de gênero, acesso à afirmação de gênero e direito à autodeterminação e autonomia, assim como

receber uma assistência qualificada e satisfatória em todos os pontos de contato com o sistema de saúde (Reisner *et al.*, 2016).

3.1.1 Barreiras de acesso aos serviços de saúde

Entre as barreiras de acesso relatadas, as mulheres trans apontaram o despreparo profissional. No estudo de revisão de Cáceres *et al.* (2019), constatou-se que as mulheres lésbicas, bissexuais e outras não heterossexuais, latino-americanas e caribenhas, geralmente, desconfiam dos profissionais de saúde e veem o sistema de saúde como heteronormativo. Esses provedores não dispunham do conhecimento e habilidades necessárias para fornecer cuidados culturalmente competentes a essas mulheres. A violência de gênero foi identificada como uma preocupação significativa para as mulheres trans, como exibido a seguir.

É um acesso dificultoso em relação à questão trans porque percebemos o despreparo dos profissionais para lidar com a temática trans. Falo isso porque aconteceu comigo. [...]. E aí tem todo acesso. Eu ia em uma unidade de saúde que eu detestava ir e só ia em caso de urgência mesmo, mas eu era mal-recebida. Eles me tratavam no masculino, não perguntavam o que eu estava passando e queriam fazer o exame de HIV. (M4).

Muito deficiente [o serviço] devido à falta de informações dos profissionais que nos atendem e por não respeitarem o nome social, dentre outras questões de gênero. Até por desconhecimento mesmo. Muitos não têm conhecimento sobre gênero e sexualidade e acabam impactando no atendimento. (M17).

De modo semelhante, as participantes expuseram descontentamentos com a baixa qualidade do atendimento nos serviços de saúde utilizados, principalmente em relação ao desrespeito do nome social pelos profissionais de saúde:

(...) eu acho que em outros hospitais públicos são muito diferentes com o tratamento e até nas clínicas da família. Você vê que tem meninas [mulheres trans] que vão e acabam arrumando confusão pelo mal atendimento e pelo nome, porque muitas não têm o nome trocado e ainda pode ser chamada pelo nome masculino e tem pessoas falando “fulano de tal” e não o nome social. (M2)

(...) quando eu tinha que passar pelo postinho era meio complicado, porque antes de eu ter retificado meu nome e ter mudado o sexo na minha identidade, eles chamavam pelo meu nome [masculino] e era constrangedor. E se você quiser fazer um tratamento hormonal pelo SUS, eles não disponibilizam. Inventam muitas burocracias e você não tem direito ao [tratamento de] hormônio. A demora é muito grande para consulta. Se você faz um exame, demora dois meses para você passar em um médico. (M8)

A não observação do nome social, a incapacidade em manejar questões próprias do

universo LGBT, somado ao modelo biomédico centrado no poder do profissional que não compartilha o projeto terapêutico com as mulheres trans, exemplificam as atitudes que ocasionam constrangimentos, insegurança e insatisfação das pessoas trans quando procuram os serviços de saúde (Pereira; Chazan, 2019).

Nessa perspectiva, um determinante social fundamental da saúde para as populações transexuais em todo o mundo é a afirmação do gênero, sendo definida como um processo interpessoal e partilhado através do qual a identidade de gênero de uma pessoa é socialmente reconhecida. Os cuidados de saúde que afirmam o gênero são sensíveis, receptivos e afirmativos ao gênero das pessoas. Portanto, os sistemas de saúde e os modelos de cuidados precisam considerar as dimensões sociais, psicológicas, médicas e legais da vida dessas pessoas na prestação de cuidados (Reisner *et al.*, 2016).

Considerando os serviços públicos do SUS, Monteiro e Brigeiro (2019, p. 7) identificaram que as mulheres trans/travestis defrontam-se com problemas no acesso à saúde que são frequentemente vivenciados por outros usuários do sistema, como longas filas de espera pelo atendimento, dificuldade de agendamento de consultas, burocracia, lacunas de informações, falta de acolhimento e falta de médicos plantonistas que, por vezes, as fazem desistir de procurar atendimento nestas unidades.

Nessa direção, as participantes mencionaram dificuldades de acesso às unidades de saúde do SUS, sobretudo para a hormonioterapia, conduzindo-as para a automedicação de hormônios com vistas à transição de gênero. Frente às barreiras de acesso às unidades do SUS, relacionadas com as deficiências da assistência voltada para o processo transexualizador, elas recorreram a sua própria rede social e foram informadas por meio dessa rede sobre o serviço acadêmico especializado com intuito de receberem acompanhamento médico para a terapia hormonal e também para que suas demais necessidades de saúde fossem prontamente atendidas.

Eu, por exemplo, faço tudo dentro do serviço acadêmico especializado e eu tenho meus médicos marcados nos dias certinhos. Todas elas [mulheres trans] têm acompanhamento médico e está muito fácil hoje, tenho certeza, porque antes eu não tinha isso. Quando eu comecei [processo de transição de gênero], não era assim. A gente se hormonizava [automedicação], íamos na farmácia e escutávamos o que a amiga falava. Se era bom, a gente tomava. (M2)

Não tem um acesso bom [unidade básica], porque ela [mulher trans] tem que ainda passar por um setor que é totalmente fechado para ela e ser encaminhada para ter um atendimento mais adequado. Por exemplo, o serviço acadêmico especializado é mais adequado porque, quando precisamos, todos [profissionais] estão lá para atender. De um modo geral, é o lugar que sentimos que é mais adequado e seguro. (M15)

Destaca-se que o Processo Transexualizador foi instituído no SUS em 2008, através da

Portaria GM/MS nº 1.707, na qual o Ministério da Saúde reconheceu a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes e condicionantes da situação de saúde. Posteriormente, em 2013, a Portaria GM/MS nº 2.803 redefiniu e ampliou esse Processo Transexualizador, estabelecendo diretrizes como a integralidade da atenção, o trabalho em equipe, interdisciplinar e multiprofissional, e a integração com as ações e serviços, tendo a atenção básica como porta de entrada da rede assistencial para as pessoas trans a fim de proporcioná-las o acolhimento e o atendimento humanizado e livre de discriminação. No entanto, essas diretrizes programáticas foram pouco efetivas para superar as barreiras de acesso universal pela população trans e também manifestam a perspectiva ancorada na patologização das identidades trans pela seletividade da entrada no processo transexualizador, que contrariam a proposta da universalidade e equidade no SUS (Rocon; Sodré; Rodrigues, 2016).

Essas barreiras de acesso mencionadas pelas mulheres trans entrevistadas impulsionaram-nas para a adoção da terapia hormonal empírica ou autoadministrada, cujas informações sobre qual o hormônio a ser utilizado e como ele deveria ser ministrado foram obtidas com o seu círculo de amigos ou rede social das participantes.

No Brasil, uma parcela (43%) das pessoas trans evitou buscar o sistema de saúde devido à necessidade de se identificarem como trans e 58% delas evitaram acessar a unidade de saúde após sofrerem um ato de discriminação. Essa problemática da postergação da procura por atendimento de saúde também foi observada na população trans norte-americana, o que adiciona risco adicional à vida dessas pessoas (Borgert *et al.*, 2023).

Considerando a transição de gênero, o estudo de Monteiro e Brigeiro (2019, p. 6) identificou que as mulheres trans/travestis utilizam tanto os serviços de saúde disponíveis quanto as práticas informais, sendo essas compartilhadas pela rede de pares dessas mulheres. São exemplos, as práticas que incluem a aplicação de silicone industrial assumida pelas “bombadeiras” e a autoadministração de hormônios. Há mesmo tensões entre os saberes oficiais e os saberes práticos das mulheres quanto aos meios, aos riscos e ao tempo de execução dos procedimentos de transformação corporal. Ademais, os autores ponderam que, sob a perspectiva da literatura feminista, tornar-se travesti ou trans implica na utilização de diferentes tecnologias de gênero e seus efeitos produzem-se nos corpos, nos comportamentos e nas relações. Assim sendo, a transição de gênero abarca um conjunto de tecnologias sociais, discursos, saberes práticos, conhecimentos científicos, leis, práticas institucionalizadas e da vida cotidiana e artefatos, inclusive os provenientes do universo biomédico.

Sobre as interações entre as práticas institucionalizadas e o conhecimento científico, a maior parte das mulheres trans entrevistadas considerou o serviço acadêmico especializado

satisfatório e oportunidade de acesso ao serviço decorreu das informações de sua rede social. No entanto, emergiram depoimentos que reconheceram a relação de troca entre a instituição e a mulher trans. Elas recebem atendimento de saúde e vantagens condicionadas à participação em programas ou projetos de pesquisa, como esclarecem as seguintes falas:

Eu também acompanho no serviço acadêmico especializado. No programa BETE, ganhava reembolso de passagem, cesta básica, fazia meus exames e as pesquisas que eles pediam. O programa acabou e agora vou entrar em outro. (M18).

Eu estou nesse projeto desde 2006. Então, não vejo o serviço acadêmico especializado como uma “mãe”. O serviço é assim: “Eu preciso do seu corpo e eu vou te proporcionar [assistência]”. Tem muitas coisas que eu sou contra e eu me afastei. Eu só faço parte de um projeto porque eles veem o meu lado de mulher. Eu vou lá três vezes por ano e faço exames. Eu não tomo mais nenhum remédio por lá. Eu me vi sendo usada como um objeto (...). Eu tenho problemas de varizes e, por isso, ela [instituição] não me acolhe. (M14).

Starfield (2002) considera que a acessibilidade é o elemento estrutural da primeira atenção e significa o acesso fácil, geograficamente favorável e com recursos que facilitem a chegada daquele que necessita do serviço. Sobre essa perspectiva, a distância de deslocamento da residência e o custo financeiro com o transporte para chegar na unidade de saúde foram também apontados pelas mulheres trans, juntamente com as deficiências dos serviços quanto à qualidade do atendimento das pessoas trans e as atitudes de desrespeito à sua identidade de gênero e ao nome social.

(...) nem todas as clínicas da família têm um atendimento especializado para a gente. Temos também que pensar nessa forma de acesso, de como somos atendidas. Não é só disponibilizar o acesso, mas é pensar como essa disponibilidade está sendo feita. Tem a questão das distâncias, de como realmente é esse acesso, se é respeitoso e de qualidade (...). Faço acompanhamento aqui na clínica [da família] porque meu esposo não tem acompanhamento lá [serviço acadêmico especializado], porque somente acompanham trans femininas, e aqui ele tem essa possibilidade de acompanhar os dois. (M16).

Acho que tem acesso [ao serviço de saúde], porém não sabem como tratar a gente, chamam pelo nome masculino e geram constrangimentos. Não sabem também as particularidades da mulher trans. No caso, eu uso os dois serviços [unidade básica e serviço acadêmico especializado]. Porém, no serviço acadêmico especializado, eu tinha que pegar ônibus e isso era chato e caro. (M:19).

Adicionalmente às deficiências percebidas, as dificuldades de utilização dos serviços pelas pessoas com vulnerabilidade econômica ocasionam disparidades de saúde, o que reforça a necessidade de melhoria do acesso à atenção primária por ser a porta de entrada para serviços de outros níveis de atenção à saúde. A porta de entrada do usuário dificultada é uma violação

desse princípio doutrinário do SUS (Starfield, 2002, p. 679-680). Além disso, as mulheres trans entrevistadas apontaram a necessidade de terem acesso aos cuidados de saúde mental em face do sofrimento emocional decorrente das discriminações e violências que vivenciam. As desigualdades de gênero podem afetar a saúde mental de indivíduos que não se enquadram nas concepções normativas das categorias de gênero de forma diferente, dependendo da sua raça/etnia. Nos indivíduos trans, a discriminação e a vitimização relacionadas com o gênero contribuem para o sofrimento psicológico, tais como a transfobia internalizada, as expectativas de rejeição, a baixa autoestima, o suicídio e os sintomas de depressão (Millar; Brooks, 2021).

Acho importante atendimento médico e psicólogo, mesmo para o povo em geral (...). Em geral, está todo mundo meio que com um parafuso a menos, não é apenas as trans. A gente já tem um distúrbio da cabeça desde a adolescência por tudo e pelas coisas que passamos [violências]. Acho que podia melhorar isso e as consultas das clínicas da família (...), quando precisarmos de um calmante. (M2).

Eu acho que o sistema de saúde podia ter mais acolhimento e profissionais serem capazes de acolher a trans que está mais sensibilizada, sem preconceitos, sem dogmas e conversar. Eu acho que a saúde mental influencia muito. (M4).

Em relação a essas deficiências da rede de atenção à saúde, as mulheres trans experimentaram barreiras de acesso consequentes às normas e às rotinas dos serviços para exames de diagnóstico precoce do câncer de mama, considerando que esse grupo de mulheres utiliza terapêutica hormonal, tanto de forma empírica quanto com acompanhamento médico, como explica a participante:

Uma mamografia por exemplo, eu quero fazer e estou há anos no sistema. O acesso é muito negligenciado para nós trans. Apesar de ter a cartilha do SUS que garante os seus direitos, o SUS fez a cartilha, mas não fez o dever de casa. Inclusive no próprio sistema do SUS, quando a gente precisa de um exame mais profundo, a fala é que isso é só passado para mulher mesmo. Lá é só para mulheres cisgênero e não abre para as travestis. E se você não estiver com seu documento ratificado, o sistema do SUS não te dá acesso. Isso é uma questão que eu venho levantando há anos. (M4)

Esse relato expõe que os protocolos e profissionais estão desatualizados e criam barreiras sem fundamentação no conhecimento científico vigente. As recomendações de rastreio do câncer de mama para pessoas transexuais e de gêneros diversos foram desenvolvidas recentemente e muitos dos profissionais de cuidados primários desconhecem estas recomendações específicas. Existem várias recomendações para o rastreamento do câncer de mama nessa população, como aquelas divulgadas pelas sociedades e associações científicas, como a Sociedade Endócrina, uma comunidade global de médicos e cientistas; o Centro de Excelência para Saúde Transgênero da Universidade da Califórnia em São Francisco; o Colégio

Americano de Radiologia; a Associação Profissional Mundial de Saúde Transgênero e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas. Em face desse desconhecimento, sugere-se que essas recomendações atualizadas estejam prontamente disponíveis aos públicos-chave e integradas nos currículos das profissões de saúde (Carroll *et al.*, 2023).

Além dos problemas vivenciados na atenção primária, as mulheres trans também mencionam insatisfação com os atendimentos de emergência demandados pelas situações de gravidade e risco de morte decorrentes das violências físicas sofridas. As suas percepções revelaram que elas não foram tratadas com dignidade, os profissionais demonstraram despreparo e posturas negligentes e discriminatórias contra elas ocorreram. O atendimento prestou uma assistência pontual e sem direcionamento para outros níveis de atenção.

Eles [profissionais] fizeram pouco caso de mim no Hospital “X”, porque eu ainda estava começando [o processo transexualizador] e nem deram continuidade. (M10).

Dependendo do hospital público é uma “merda”. Por exemplo, eu já passei pelo Hospital “X” e Hospital “Y”. Por exemplo, eu estava com um problema no olho e eles simplesmente olharam e falaram: “O seu problema não é esse não”! Eles quiseram testar se eu estava com HIV. Eu fiquei muito apavorada. (M2).

A concepção biomédica no âmbito hospitalar, aliada com a abordagem mecanicista do corpo e o modelo assistencial centrado na doença, impede o olhar ampliado à saúde e a efetivação da assistência humanizada e com abordagem multiprofissional (Shihadeh *et al.*, 2021, p. 178). As experiências das mulheres trans com os médicos e funcionários em pronto-socorro nos EUA foram caracterizadas pela discriminação, abuso de gênero e tratamento com desrespeito. Elas sentiram-se abandonadas pelos médicos e compreenderam que cuidados foram negligenciados. Esses tipos de comportamentos prejudiciais podem impactar negativamente a saúde e o bem-estar dos pacientes e podem contribuir para a depressão e a ideação suicida (Allison, 2021).

Em face dessas discriminações e desrespeito, essas mulheres trans evitam ou atrasam o atendimento ou tentam o auto tratamento quando têm uma experiência negativa no serviço ou percebem que seus médicos do pronto-socorro não tinham conhecimento sobre as necessidades de saúde das pessoas trans. Os atrasos nos cuidados necessários levam a piores resultados de saúde (Allison, 2021).

3.1.2 Fatores contribuintes para o acesso aos serviços de saúde

Embora os fatores contribuintes do acesso aos serviços de saúde tenham sido menos frequentes nos depoimentos das mulheres trans entrevistadas, elas reconheceram que houve avanços no acesso aos serviços de saúde para as pessoas trans promovidos pelas legislações e políticas de saúde para a população LGBTQIA+.

Hoje em dia está bem melhor. Já foi bem precário. Hoje em dia, a gente tem o direito de trocar os nossos nomes. Sobre a saúde, a mulher trans só não se cuida se não quiser, porque, até nas clínicas da família, tem proctologista para as meninas e diversos outros atendimentos (...). Eu acho que só não vai [serviço de saúde] quem não quiser ir mesmo, porque você se informar, tem acesso sim, até na clínica da família. (M2).

Eu acho que temos acesso [a saúde]. Hoje em dia, há as pessoas que tratam as pessoas trans diferentes. Temos bastante leis e as pessoas ficam mais ligadas. Eu acho isso bom para todo mundo. (M7).

Cabe lembrar que esses avanços na dimensão política do acesso à saúde da população LGBTQIA+ ocorreram pois, entre 2012 e 2014, o Governo Federal reforçou como prioridade a garantia ao acesso à saúde de qualidade e com equidade para essa população, com a participação das três esferas governamentais, sendo elaboradas estratégias e ações para consolidar sua efetiva implementação (Brasil, 2015, p. 13).

Apesar das limitações para o SUS para efetivar um acesso pleno à saúde, qualificado, sem discriminações e responsivo às demandas das pessoas LGBTQIA+, o estudo identificou que as mulheres trans/travestis têm reconhecimento de que a oferta desses serviços representa uma grande vitória aos olhos das entrevistadas, dado o valor social que atribuem à construção de um belo corpo feminino. Essas mulheres também reconheceram que há maior tolerância com pessoas trans/travestis em espaços sociais, inclusive institucionais, pelos avanços legais e jurídicos com os direitos destas pessoas, apesar de não ter havido mudanças profundas nas representações sociais acerca desse grupo populacional (Monteiro; Brigeiro, 2019).

As falas das participantes lançaram luz também sobre alguns dos atributos dos serviços que as fazem ter percepções positivas sobre o acesso aos serviços de saúde, sendo esses relacionados com a qualidade e humanização da assistência, como ser bem tratada de forma digna, com respeito e acolhimento por profissionais qualificados, educados e com capacidade de escuta, juntamente com o atendimento das suas demandas de saúde para exames, consultas e tratamentos especializados.

A dimensão técnica do acesso à saúde envolve acolhimento, integralidade do cuidado, vínculo, compromisso e qualidade assistencial, impactando favoravelmente na satisfação das

peças trans com os serviços de saúde (Pereira; Chazan, 2019). Para essas pessoas, o direito à saúde só é efetivado se os serviços assegurarem um ambiente assistencial não estigmatizante, não discriminatório e informado. Para tal, a educação do setor de saúde sobre a identidade e a expressão de gênero e programa de tolerância zero para discriminações e omissões devem ser implementadas. A garantia do reconhecimento de gênero exige respeitar o direito dessa pessoa de identificar-se, independentemente do sexo que lhe foi atribuído no nascimento, juntamente dos seus direitos fundamentais (Divan *et al.*, 2016).

Depois que eu entrei no serviço acadêmico especializado, eu vi que eles têm uma responsabilidade com a gente e que eles falam a verdade. Eu percebi tudo isso. Eles são muito educados e se interessam muito pela gente. (M3).

Como eu faço no serviço acadêmico especializado, eu acho muito bom por sermos bem tratadas e termos acesso a vários tratamentos. (M13).

Há pouco tempo, eu fiz um cadastro na Clínica da Família e fui muito bem tratada. Eu acho que deveria ter mais médicos, porque a consulta é marcada em um horário e você é atendida em outro horário. (M5).

Os usuários satisfeitos com a assistência recebida são mais propensos a aderir às recomendações de tratamento e retornar para consultas de acompanhamento. A satisfação com a assistência de saúde tem relação com a atitude do profissional, a competência técnica da equipe, a acessibilidade e a infraestrutura do serviço. A satisfação ocorre quando os profissionais são amigáveis, gentis, acessíveis e respeitosos; demonstram capacidade de resposta; fornecem uma atenção individualizada; fornecem informações e respeitam a participação dos pacientes na tomada de decisões sobre as opções de tratamento. As competências técnicas da equipe de saúde referem-se, com a sua adesão, a elevados padrões de assistência, à experiência técnica, ao conhecimento e às habilidades profissionais durante ações e procedimentos realizados (Ng; Luk, 2019).

A acessibilidade refere-se à localização física e ao ambiente das instalações, à disponibilidade de equipamentos, à marcação de consultas e à equidade de acesso aos serviços de saúde. A higiene, o conforto e a infraestrutura das instalações, juntamente com o tempo de espera para a consulta ou procedimento e a disponibilidade de profissionais para realizarem as consultas com maior duração, contribuem para aumentar a satisfação do paciente (Ng; Luk, 2019).

Portanto, a presença ou a ausência desses atributos da assistência devem ser considerados no planejamento e provimento da assistência das mulheres trans/travestis, a fim de possibilitar os avanços necessários e as melhorias na assistência como pretendem as políticas de saúde.

3.2 Violências vivenciadas pelas mulheres trans e travestis e suas interfaces com o acesso à saúde

Essa dama era Geni
Mas não pode ser Geni
Ela é feita pra apanhar
Ela é boa de cuspir
Ela dá pra qualquer um
Maldita Geni

Chico Buarque, *Geni e o Zepelim* (1979)

Essa categoria temática retrata o cotidiano de violências vivenciadas em diversos cenários da vida social, como as agressões verbais e físicas, comportamentos de julgamento, discriminações, omissões e preconceitos sofridos pelo simples fato de serem pessoas trans e, por vezes, estarem em situação de vulnerabilidade.

As violências vividas pelas mulheres trans foram relacionadas com dificuldades de aceitação familiar e do meio social em decorrência da heteronormatividade imposta pela sociedade, resultando em um *continuum* de agressões e discriminações ocorridas nos ambientes públicos e institucionais, como na escola, no trabalho e nas unidades de saúde, acentuando as vulnerabilidades sociais das entrevistadas. A rejeição das mulheres trans motivadas pelas rejeições da sua identidade de gênero, desde a infância até a vida adulta, no âmbito público ou privado, refletiram-se em contextos marginalizados, vivências de evasão educacional e precariedade das condições socioeconômicas. Esse cotidiano permeado de violências é traspassado por agressões físicas, verbais, psicológicas e sexuais, juntamente com coerção, estupros, assassinatos, ataques em ambientes públicos ou privados e discriminações em locais de trabalho, serviços de saúde e instituições de ensino (Silva *et al.*, 2022, p. 2), como emergiram nos depoimentos das participantes que estão apresentados nas subcategorias a seguir.

3.2.1 Naturezas das violências

Essa subcategoria descreve os tipos de violências as mulheres trans sofrem e como elas

buscam apoio nessas situações.

Inicialmente, a OMS (2002) esclarece que a análise das violências deve levar em conta a sua definição pela abrangência e multiplicidade dos seus tipos. A violência é o uso intencional da força física ou do poder com a intenção de ferir ou usar a força, abarcando todas as formas em que uma pessoa possa sentir-se ameaçada por outra, inclusive no âmbito das instituições. Os tipos das violências são: a violência dirigida a si mesmo (auto-infligida); a violência coletiva, subdividindo-se em social, política e econômica; e a violência interpessoal, que abarca aquela que acontece entre os membros da família, sendo causada pela parceria íntima e ocorre no âmbito comunitário, que inclui os ataques sexuais ou estupros e as ocorridas em instituições. A natureza das violências são a física, sexual, psicológica e a que envolve privação ou negligência.

O fenômeno da violência contra pessoas transgênero é, em certa medida, banalizado na sociedade brasileira e essa triste realidade causa sofrimento psíquico e físico nessas pessoas. As mulheres entrevistadas quando relataram as situações violentas expressaram também o entendimento delas sobre esse fenômeno:

A vida inteira a gente sofre violência verbais e físicas. Quando era mais jovem, adolescente, meus irmãos não aceitavam a questão da minha transição e eu tive que sair de casa. Mas, as [violências] verbais são todos os dias na rua. As pessoas não entendem os seus direitos e isso é a maior violência que passamos todos os dias, desde quando me levanto para ir ao meu trabalho e eu atravesso a passarela. (M4).

As pessoas trans que expressam a sua identidade de gênero desde a tenra idade são frequentemente rejeitadas pelas suas famílias. Se elas não forem expulsas das suas casas, serão excluídas do seu círculo familiar e esse contexto de exclusão pode resultar na falta de oportunidades de educação e de iniciativas para cuidarem de suas necessidades de saúde física e mental. Essas pessoas que expressam as suas identidades de gênero mais tardiamente enfrentam muitas vezes a rejeição da sociedade dominante e no convívio no âmbito das instituições. Os ambientes hostis às pessoas trans e que não compreendem as suas necessidades ameaçam a sua segurança e são incapazes de oferecer serviços sociais e de saúde sensíveis (Divan *et al.*, 2016).

As mulheres *trans* relataram situações rotineiras de violências de todas as naturezas, como as físicas, psicológicas e sexuais.

Vários tipos [de violências], moral, física, palavras e espancamentos. Eu já sofri todas as violências que você possa imaginar. Eu já fui estuprada, espancada e agredida com palavras, que são violências comuns e muito fortes. (M14)

Eu já sofri muitas coisas [violências]. Já colocaram arma na minha cabeça. Violência para mim é uma coisa que não sai da minha cabeça. Eu já fui tipo.... eu já fui mexida

[violência sexual] na praia por um homem, quando eu era mais criança. Eu sofri muito e o meu padrasto também “mexia” muito comigo. (M3)

A prevalência de violência física e sexual sofrida por pessoas trans é marcadamente maior até mesmo do que a de outros grupos, como lésbicas, gays, bissexuais e intersexuais. Em muitos países da América Latina e do Caribe, a violência é agravada pela transfobia institucionalizada pela códigos sociais de “decência pública” e “moralidade”, suscitando perspectivas arbitrárias e discriminatórias. A transfobia configura-se na intolerância, rejeição, ódio ou discriminação contra pessoas trans (Lanham *et al.*, 2019; Ybarra *et al.*, 2022).

A forma mais comum de violência contra as mulheres trans, pesquisadas em quatro países latino-americanos e caribenhos, foi o abuso emocional, incluindo comentários depreciativos, xingamentos, repreensões, ridicularização, provocações e insultos. Essas mulheres mencionaram que as pessoas comentavam sobre a aparência física e o comportamento considerado feminino, ocasionando perguntas inadequadas e questionamento quanto ao seu gênero. O abuso verbal ocorria em público muitas vezes e fazia com que elas se sentissem humilhadas, envergonhadas e menosprezadas, sendo acompanhado frequentemente de comportamento não-verbal desrespeitoso, como olhar fixo, apontar e evitar contato visual (Lanham *et al.*, 2019).

A violência psicológica é definida como fruto de agressão verbal ou gestual, que objetivam aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social (Minayo, 2013, p. 39). Com relação a esse tipo de violência, as participantes relataram que sofrem xingamentos, falas agressivas e comunicações não verbais violentas, como olhares e gestos, perpetrados por pessoas sem laços consanguíneos.

Preconceito, discriminação, agressão física e verbal e os olhares também. Às vezes, as pessoas não vão falar e nem tocar, mas um olhar te agride e ofende. Uma fala: Olha a travesti! Isso já aconteceu comigo. Violência é tudo isso. (M6).

Tem várias, a física, verbal, xingamentos e essas coisas são violências, de passar e gritar: “Olha lá, um “viado” filho da puta! Vai morrer! É uma violência enorme. (M9).

Violência é quando um homem xinga a gente, trata mal. É o que acontece muito aqui na rua quando os clientes passam e gritam: “Viadão! vai bater uma laje! (...). Às vezes, a gente quer debater, mas é melhor ficar quieta. Mas, muitas vezes é tão ruim, que a gente xinga. (M12).

Os relatos acima denotam que a violência verbal é atravessada por um discurso de base machista, hostil e preconceituosa. Entre o conjunto de falas, houve menção de agressão verbal de mandar a mulher trans “bater uma laje”, que significa um trabalho coletivo de construção civil, ou seja, uma “ocupação” tradicionalmente associada aos homens. Trata-se, portanto, de

uma manifestação de ódio relacionada à identidade de gênero e que se faz presente em diversos ambientes por onde trafegam as mulheres trans. Além de sofrer discriminações e preconceitos, por vezes, essas mulheres são vistas como corpos degenerados, sem vergonha, passíveis de serem corrigidos por meio agressões de toda ordem por serem dissidentes da ordem heteronormativa da sociedade binária e machista.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos garante a todos os seres humanos direitos iguais e inalienáveis, baseados na dignidade, na igualdade e no respeito mútuo, mas a transfobia prevalente e a violência baseada no gênero privam as mulheres trans não apenas dos seus direitos fundamentais, mas inclusive da sua própria personalidade. A violência baseada no gênero inclui abuso físico, sexual, econômico e emocional, incluindo também a discriminação, negação de necessidades básicas e a recusa de cuidados de saúde e outros serviços (Lanham *et al.*, 2019).

Considerando a violência sexual, reconhece-se que tal caso é um problema significativo de saúde pública e ocasiona impactos na saúde mental e física do indivíduo. Essa violência está distribuída de forma desigual na população, uma vez que mulheres e homens transexuais e outros adultos pertencentes a minorias de gênero que sofrem violência sexual têm taxas de 2 a 6 vezes superiores aos percentuais observados em homens e mulheres cisgênero. Além disso, estima-se que quase metade dos indivíduos pertencentes a minorias de gênero sofrem violência sexual durante a sua vida (Ybarra *et al.*, 2022).

Corroborando essa realidade adversa, as violências relatadas pelas mulheres trans foram inúmeras, mas nem todas as mulheres entrevistadas externaram a iniciativa ou confiança de buscar o serviço de saúde. A busca pela emergência dos hospitais ocorre quando sofrem violências físicas que implicam em lesões com gravidade e que demandam atendimento médico. Nos casos de violência sexual, há tendência de elas acessarem o serviço de saúde para prevenção de IST, como explicam a seguir.

A gente está tão acostumada a apanhar todos os dias que saímos do hospital e vamos para casa, porque é isso aí: “Não vai dar em nada”! Só que isso é um crime. (M1).

Nunca precisei ir a uma unidade de saúde por conta de violência, eu resolvo tudo sozinha. Uma coisa aconteceu há seis meses e o cara tirou a camisinha sem eu perceber. Ele avisou quando ele terminou o ato. Eu fiquei em choque, mas pensei: Preciso ir a uma unidade de saúde porque eu preciso saber se ele me passou algo [IST]. É uma violência sexual. Nessa hora, eu fui a um hospital e depois eu fui a um serviço acadêmico especializado para ser atendida, porque na clínica da família, eu não seria atendida com respeito. (M19)

O estudo de revisão de Silva *et al.* (2022, p. 2-3) identificou que as pessoas trans têm

duas vezes mais chances de serem agredidas ao longo da vida em comparação com as pessoas cisgênero, sobretudo em relação à violência sexual e à violência por parceiros íntimos. Elas também têm elevadas chances de vivenciarem eventos traumáticos. Além dessas chances aumentadas, a bidirecionalidade da violência na relação pode estar presente quando assumem a função de perpetradoras. O uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas também foi reportado. As agressões psicológica e física foram frequentes nesse grupo social, juntamente com a coerção sexual. O medo de retaliações ao denunciar situações de violências ou de serem estigmatizadas e sofrerem mais violência ao procurar apoio silencia as mulheres trans, produzindo sofrimento e adoecimentos mentais e psicológicos, como depressão, transtorno do estresse pós-traumático, ideações suicidas, além de favorecer maior exposição às IST.

As mulheres trans têm dificuldades de acessar os serviços de que necessitam, evitando as instituições, como postos de saúde, delegacias, escolas e dentre outras, após sofrerem discriminações. Além de temerem atitudes discriminatórias, geralmente, essas mulheres trans não confiavam nos profissionais ou prestadores de serviço e consideravam que as suas necessidades não eram atendidas. Portanto, as pessoas trans não têm seus direitos plenamente assegurados pelo poder público e pela sociedade civil, o que ocasiona dificuldades no acesso, prejuízos nos itinerários percorridos pelo sistema de saúde e, conseqüentemente, experiências ruins e percepções negativas sobre os atendimentos prestados (Lanham *et al.*, 2019; Borgert *et al.*, 2023).

Eu entendo a violência como um conceito amplo. Tem a questão da saúde e da violência, a falta de acesso à saúde, à educação e ao emprego. (...) Quando acontece uma violência comigo numa unidade de saúde, eu faço várias análises, se é algo institucional ou individual. (M19).

É relevante também considerar a violência institucional, aquela que ocorre no contexto de uma instituição, pública ou privada, em razão de suas regras, burocracias, políticas com reprodução estrutural e socialmente injusta. Essa violência nas instituições de saúde envolve abusos, maus-tratos e negligências, podendo causar desde sofrimento psíquico, agravos físicos, incapacidades até mortes (Minayo, 2013, p 33).

As mulheres trans entrevistadas utilizam pontualmente os hospitais, mas relatam a violência institucional que vivenciaram diante das posturas preconceituosas dos profissionais:

Eles [profissionais] levam a gente na brincadeira. Eu fui na UPA [Unidade de Pronto Atendimento] mês passado porque a minha barriga estava inchando. A mulher ficou me olhando e perguntou: Ela está grávida? Estava tirando sarro de mim. A minha amiga falou: Não, ela é trans. E a mulher disse: É mesmo, nem parece! (M3).

Teve uma vez, bem recente, no Hospital “X”, eu passei mal com um sangramento no

nariz e fui encaminhada para o médico otorrino. Chegando lá, o otorrino falou com a médica da ambulância que eu fui socorrida e disse que era normal sangrar pelo nariz para quem usa cocaína. Isso foi só pelo fato de eu ser uma travesti. (M4).

As mulheres trans e travestis relatam medo e desconfiança dos profissionais de saúde pelos desrespeitos e maus-tratos relacionados com o gênero, a classe e a raça. O olhar preconceituoso e o pensamento pautado no estereótipo não devem ser levados para a relação profissional-paciente durante o atendimento (Sebastião *et al.*, 2022, p. 9). A incapacidade de profissionais de saúde ofertarem cuidados com domínio das questões LGBTQIA+ podem causar danos físicos e psíquicos para as pessoas transgêneros, transexuais e outras pessoas de gênero diversificado. Além dos desrespeitos e preconceitos dos profissionais, há a falta de acolhimento e a adoção inflexível do modelo biomédico, fragmentado e centrado na doença, que prejudicam a busca por cuidados, a resolubilidade das demandas dessas pessoas e as suas condições de saúde, constituindo-se numa violação de direitos (Pereira; Chazan, 2019; Who, 2015).

Além das violências sofridas no âmbito das unidades de saúde, as investigações da ANTRA sobre as violências contra as pessoas LGBTQIA+ demonstram um cenário de ausência de resposta governamental, a exemplo da violência institucional no ambiente das delegacias. Essas unidades da segurança pública mostram-se ainda hostis a essas pessoas, afastando-as da possibilidade de registro e, conseqüentemente, da geração de dados.

Já sofri violência sexual e verbal. Sofri violência física também. Na escola, eu apanhava dos colegas por ter trejeitos femininos que, na época, eu desconhecia. (M17).

Na escola, aqui na Vila do João, eu vivi uma cena horrível. Eram os meus 13 ou 14 anos e no meio da transição. Eu entrei na escola e ninguém sabia que eu era trans e aí descobriram e começou a ter rivalidade. Nesse dia, eles se juntaram e pegaram as maçãs que foram distribuídas e começaram a me atacar com a fruta. Foi horrível, fizeram comigo e com a minha amiga que estava comigo. No outro dia, eu fui com meu pai na escola, ele falou com a diretora e ela proibiu de sair com frutas nas mãos. (M7).

A violência institucional no ambiente escolar revelou-se nos depoimentos das mulheres trans entrevistadas e foi reportada também por Lanham *et al.* (2019), que identificaram a violência física e ameaças de violência física às mulheres trans na escola, a exemplo de empurrões, espancamentos e lançamento de água contra elas. Os colegas de classe foram os perpetradores na maioria das vezes, mas os administradores escolares também as ameaçaram com violência. A violência física foi acompanhada de abuso verbal, como insultos e provocações. Houve relatos de recebimento de notas baixas, reprovação, suspensão ou expulsão, juntamente com ameaças, extorsão, chantagem e assédio sexual. Diante das

humilhações e violências sofridas, algumas das mulheres trans apresentaram pensamentos suicidas. Além disso, houve aquelas que decidiram mudar de escola, abandonar os estudos ou continuar a estudar em casa (LANHAM *et al.*, 2019).

Por outro lado, Bento (2017, p. 22) relata que não tem havido um posicionamento claro e contundente das pessoas formadoras de opiniões sobre as desigualdades de gênero persistentes na sociedade. As universidades brasileiras têm importante contribuição para o feminismo no país, mas ainda são poucas acadêmicas feministas que participam ativamente da luta das mulheres trans, pois a tendência é enfatizar mais as violências de gênero contra as mulheres cisgênero e invisibilizar as demandas das mulheres trans. Frente a esse panorama, uma entrevistada e estudante em uma universidade pública reforça que:

A violência pode se manifestar de diversas formas. Há a violência física, mas a pior para mim é a violência psicológica. Tem a violência nos espaços acadêmicos. Eu sou uma pessoa que estou na faculdade, mas o que me impede de já estar formada é a transfobia. (M16).

O depoimento acima revela a reprodução da violência institucional no ambiente universitário e, por conseguinte, um paradoxo no papel das universidades, pois é esperado que a academia seja promotora da reflexão, debates e conhecimentos críticos acerca das violências e discriminações contra as pessoas que integram as comunidades LGBTQIA+. A fala da participante, enquanto graduanda de uma universidade pública, expõe que essas instituições educacionais precisam ainda avançar nessas pautas e estabelecer iniciativas junto à sua comunidade interna para o enfretamento das violências de gênero e contra outros grupos marginalizados pela sociedade, como negros e pessoas que vivem em situação de pobreza e nas periferias urbanas.

As percepções das participantes do presente estudo expuseram que evitam procurar a delegacia quando sofrem violências por acreditarem que enfrentariam descaso e discriminações por parte dos agentes da segurança pública, o que revela a violência institucional nesses espaços públicos do Estado. As mulheres trans de quatro países da América Latina e Caribe também relataram que a polícia frequentemente recusava-se a ajudá-las ou era negligente nos seus deveres quando elas procuravam assistência. Essas mulheres referem que foram tratadas com grosseria quando foram à delegacia fazer denúncias e foram responsabilizadas pelos crimes cometidos contra elas, percebendo que, muitas vezes, a polícia recebia as suas informações, mas não dava seguimento aos seus casos (Lanham *et al.*, 2019). Um padrão semelhante é observado nos relatos obtidos nesta pesquisa, tal como assinalado a seguir.

As pessoas não entendem os seus direitos e isso é a maior violência que passamos

todos os dias. Desde quando eu vou para o trabalho e atravesso a passarela, há gente que está nos encarando ali, fazendo piadas e chacotas. Muitas vezes, a gente nem responde, nem faz nada e nem denúncia porque sabemos que não vai acontecer nada. Ainda mais quando você tem que ir a uma delegacia, já encontra um delegado transfóbico e que diz: Está vindo aqui só porque te chamou de travesti ou de “viado” escroto? (M4).

Os sistemas jurídicos muitas vezes consolidam a marginalização, alimentam a desigualdade e perpetuam a violência contra as pessoas trans. No entanto, todas as pessoas têm direito aos seus direitos humanos básicos e a elas devem ser assegurados o direito à saúde e espaços públicos livres de discriminação. Apesar dessas premissas, em diversos países, as pessoas trans vivem frequentemente em contextos de criminalização devido às legislações que punem as práticas sexuais consideradas como não naturais, como a sodomia, a propaganda homossexual e o travestismo, fazendo com elas estejam sujeitas a extorsão, abuso e violência. As leis que criminalizam o trabalho sexual levam à violência e à chantagem por parte da polícia, impactando as mulheres trans envolvidas nesta ocupação (Divan *et al.*, 2016), como emergiu nos diálogos das participantes do presente estudo e que estiveram ou permanecem em contexto de prostituição.

As mulheres trans participantes da presente pesquisa consideraram que os setores públicos deveriam apoiar as pessoas que sofrem violências. Ao invés disso, esses setores reproduziram ainda mais violências. Frente a isso, as mulheres trans evitam buscar as unidades de saúde, principalmente quando não ocorre um dano físico de grande magnitude ou que as coloquem em risco de morte após uma agressão. Essa relação conflituosa acaba por produzir falhas na produção das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada e no acompanhamento desses casos, comprometendo as iniciativas de prevenção e a execução das políticas públicas contra a violência.

Nessa perspectiva, as instituições do Estado, que devem assegurar direitos, proteger e cuidar das vidas de toda a população, têm manifestado e reproduzido perspectivas ancoradas do binarismo de gênero, que se refletem em ações insuficientes, fragmentadas e pouco efetivas em atender às necessidades das pessoas fora dessa estrutura binária. Essas deficiências denotam a necessidade de qualificação dos serviços e do pessoal que oferecem atendimentos voltados às especificidades das mulheres trans, sobretudo na área da saúde (Silva *et al.*, 2022).

Destaca-se que as formas pelas quais a marginalização impacta a vida de uma pessoa trans estão interligadas, pois o estigma e a transfobia conduzem ao isolamento, à pobreza, à violência, à falta de sistemas de apoio socioeconômico e a resultados de saúde comprometidos, fazendo com que cada circunstância relacione-se entre si e, muitas vezes, agrave a outra (Divan *et al.*, 2016).

Além dessas consequências negativas, Kulick (2008, p. 47) esclarece, sobre o cotidiano de violências de travestis, que apesar de viverem diariamente com trajes femininos, acessórios e maquiagens, não conseguem passar-se por mulheres, principalmente à luz do dia, acentuando a exposição delas a situações de violência. Acerca dessa questão, as entrevistadas sugerem que as chances de violência em espaços ou vias públicas são menores se a aparência da mulher trans for mais feminina, até o momento que o público as reconhece como transgênero, como explicam:

Se eu estou em um lugar em que a pessoa está me olhando demais, eu abaixo a cabeça. Eu vejo as coisas nos jornais e está muito difícil. E as pessoas fazem questão de te humilhar se você abaixar a cabeça, porque eu não sou uma trans passável, eu sou uma travesti. Você olha para minha cara e pensa: Nossa, que bichona! Eu sou chamativa. (M2).

Eu só tive uma vez [violência] na escola, durante o meu processo de transição. (...) Como eu digo, a passabilidade [aparência feminina] é boa e ruim ao mesmo tempo. É boa porque as pessoas não vão ter preconceito logo de cara, até descobrir que você é trans. É ruim porque tem muita rivalidade [com as mulheres]. As pessoas te acham mais bonita e tal. (M7).

Os relatos dessas mulheres apontam para uma pluralidade de perspectivas em relação às violências em diferentes contextos sociais. No entanto, Duque (2017) esclarece que a “passabilidade” ou “passar por” é um aspecto complexo na reestruturação material e simbólica da corporalidade vivida pelas pessoas trans. Em determinados contextos públicos, em que as pessoas trans estão mais sujeitas a sofrer violências, passar por mulher ou homem representa a não exposição à violência e às discriminações diversas, sendo essa percepção aqui também revelada.

Além disso, o “passar por” é buscado e valorizado devido ao desejo predominante de sumir na multidão, uma vez que essa invisibilidade foi adquirida muitas vezes a duras penas, significando um momento de tregua na estressante e contínua batalha por respeito à identidade de gênero. A experiência de passabilidade, com ou sem cirurgias, com ou sem documentos que legitimem o gênero e o sexo requerido, ocorre por meio da interação com os outros, pelo que se vê e não pelo corpo em si, mas compõe e demarca parte as interações, que se efetivam de uma sociedade cuja heteronormatividade é dominante (Duque, 2017).

As violências perpetradas pelo parceiro íntimo, especialmente aquelas com cunho sexual, tendem a ser menos relatadas nos estudos, embora tenham sido mencionadas nesta pesquisa. Sobre essa questão, Saleiro (2018, p. 118) considera que a violência sexual é difícil de ser relatada ou admitida por ser um fato demasiadamente íntimo e doloroso, cujo relato faz a pessoa reviver esse trauma. Geralmente, as vítimas relatam esses casos muito *a posteriori*,

quando possuem alguma estrutura de apoio para falar sobre o assunto e denunciar. Por outro lado, o medo da estigmatização, da discriminação e do descrédito pelas autoridades tem causado a baixa procura pelos serviços responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes da violência (Silva *et al.*, 2022).

Por violência física, eu nunca cheguei a procurar [unidade de saúde] porque sempre soube lidar e me defender. Já aconteceu um caso de eu ser abusada fisicamente, psicologicamente e sexualmente, mas não procurei unidade de saúde porque eu soube lidar com isso sozinha. (M16).

É mais fácil me perguntar qual violência eu não sofri. A transfobia é todos os dias. Já sofri violências psicológicas de vários tipos, um ex-namorado meu me deu uns tapas. (...) Eu acho que eles fazem igual com as mulheres. Isso já é deles fazerem com as pessoas. Às vezes, eles mandam a gente falar baixo e a gente não fala, mas querem bater. Sofri muito. (M19)

Ainda sobre a violência por parceiro íntimo e a violência sexual, algumas mulheres relataram as suas experiências com essas violências, mas elas não se sentiram à vontade em detalhar ou falar mais sobre o assunto durante as entrevistas. Diferentemente, as violências psicológicas e, especificamente, as violências verbais foram relatadas por todas as mulheres trans entrevistadas e essas ocorrem de forma naturalizada. Essa violência verbal é rotineira na vida das entrevistadas por ser facilmente perpetrada, pouco denunciada e os agressores sentem-se à vontade em feri-la.

Além de estereótipos relacionados à promiscuidade, os profissionais de saúde reproduzem atitudes pautadas em preconceitos ao depararem-se com uma mulher trans, pré-julgando que todas são drogaditas, trabalham como profissionais do sexo e perpetram roubos ou furtos. O olhar marginalizado da sociedade desdobra-se em discriminação e preconceitos.

3.2.2 Discriminações e preconceitos

Esta subcategoria abarca as discriminações, preconceitos e estereótipos percebidos pelas mulheres trans em seu cotidiano de violência e essas decorrem das normas de gênero e de uma cultura do machismo que dão subsídios para pré-julgamentos preconceituosos e discriminatórios. Por vezes, esse ato de julgar como alvo as mulheres trans dá-se pelo estereótipo.

Ainda sobre o estereótipo e de como se dá esse julgamento, Krüger (2004, p. 31), à luz da psicologia social, explica que a crença em relação às pessoas ocorre através de proposições

aplicadas às experiências. Essas experiências pessoais podem fazer-nos julgar alguém ou um grupo por qualquer motivo, até mesmo pelo modo de vestir. Mas esse julgamento pode decorrer de opiniões públicas, formados a partir de pensamentos em comum e compartilhados, como acontece no caso de indivíduos que compartilham crenças estereotipadas de marginalização da mulher trans.

Portanto, o estereótipo social é uma crença compartilhada acerca de uma característica, atributo, gênero e outros, segundo critérios baseados em crenças. Quando essa crença vem acrescida de sentimentos negativos, isso passa a constituir uma maior complexidade que inclui atitudes e preconceitos sociais. Esses, por sua vez, vão além de sentimentos, mas produzem formas injustas de tratamento, cujas relações interpessoais são desiguais e/ou desfavoráveis (Krüger, 2004). Frente a essas definições, os estereótipos, preconceitos e discriminações emergiram nas seguintes falas:

Vou te falar uma coisa, tipo assim, nós trans, no olhar de outras pessoas, somos uma drogada, uma ladra. Essa é a fama que a gente tem. Mas, as pessoas têm que entender que nem todas as pessoas são assim. Já passei muito por isso também. (M3).

Se tivesse uma boa base de educação para todas as crianças, elas iriam aprender que ser diferente é normal. Há falta de empregabilidade e convivência com as travestis, porque nós somos muito banalizadas e os nossos corpos são feitos para trabalhar no salão ou na prostituição. (M8).

A violência é o preconceito e a discriminação. Isso aí que é a maior violência (...) porque somos aberração da natureza [na visão da sociedade]. Eles acham que somos monstros, bichos, e não somos. (M10).

Para Foucault (1988, p. 1, 28-129), o controle dos corpos, a docilidade e o estabelecimento de uma verdade científica e absoluta emergem da associação de doenças orgânicas, funcionais ou psíquicas, que juntas ou não, produziam um sujeito caracterizado como perversão sexual. Sob essa lógica, a homossexualidade era associada, genealogicamente, às concepções patologizantes, incluindo ideias de perversão e distúrbios psicológicos.

Pierce (2020) argumenta que os ganhos legais para as comunidades LGBTQIA+ na América Latina expuseram as contradições da inclusão sob uma abordagem de cidadania sexual baseada em direitos. O avanço das economias neoliberais e a incorporação multicultural ainda não resolveram as desigualdades persistentes ou a violência contínua baseada no gênero, em particular para as populações trans e travestis na região. Essas comunidades argumentam que o Estado está interessado em normalizar as relações sexuais e as identidades de gênero através do reconhecimento legal, não podendo ser uma fonte de identificação, segurança ou liberdade.

Nessa perspectiva, à medida que a ciência da medicina ganhou força nas epistemologias ocidentais, o monstruoso interagiu com categorias de diferença sexual e tornou-se enraizado nas ideologias nacionais como um marcador de pertença cultural e de posição jurídica. O monstro mina as construções normativas de gênero, a sexualidade e a pertença nacional. Como monstro, a travesti torna-se um método de dissidência corporal que desafia a ordem simbólica e política, como uma paródia do contrato social e uma crítica à falsa promessa de proteções sancionadas pelo Estado para sujeitos marginalizados. Esta monstruosidade é um ato de rebelião contra as expectativas normativas de beleza, o sistema de sexo/gênero, a violência patriarcal, a incorporação de corpos travestis e a falsa segurança da política neoliberal (Pierce, 2020).

A discriminação e o preconceito advêm da violência cultural e essa expressa-se como valores, crenças e práticas que são repetidos e reproduzidos. O modo de pensar e agir discriminatório e preconceituoso acerca das mulheres trans é naturalizado na sociedade e está no cerne da violência contra elas. Esses mitos criados pela violência cultural, que são concebidos como verdades, atingem não apenas às mulheres trans, mas principalmente às pessoas socialmente marginalizadas e vulnerabilizadas. A violência cultural inclui o preconceito contra a raça, etnia, religião e todas as interpretações negativas relacionadas ao gênero (Minayo, 2013, p. 36).

O atendimento é frio e preconceituoso (...). Enfim, quando é uma pessoa trans, eles [profissionais] nem olham para sua cara, ou seja, o atendimento nem dura 10 minutos. Tem profissional que não tem a sensibilidade de examinar o seu corpo, de olhar para você e te acolher, porque eu acho que o acolhimento é o principal no atendimento (...). O mesmo ocorre com as pessoas pretas. O atendimento no SUS para pessoas brancas demora mais e, para as pessoas pretas, é rápido. Não sei se isso está ligado à formação desses médicos (...). Na minha opinião, o preconceito está muito enraizado na sociedade e as pessoas não conseguem virar a página. Isso dificulta tudo, inclusive no atendimento. (M4).

Eu estava trabalhando na noite, passou um carro cheio e eles me jogaram água ontem aqui na esquina. Podia ser outra coisa sem ser água. A gente mata um leão por dia, ainda mais que sou trans e negra. Eu já sofro um pouco a mais. (M10)

A teoria da interseccionalidade é uma estrutura feminista para conceituar a experiência de alguém com privilégio e opressão, sistemas que se cruzam para moldar as experiências dos indivíduos. A raça e o gênero não são apenas aditivos, mas interligados e multiplicativos, pois são estatutos visíveis e dominantes que influenciam fortemente a forma como os outros percebem e tratam um indivíduo, como as experiências de transfobia racializadas. Os indivíduos trans, um grupo dramaticamente marginalizado, descobrem que apenas determinados grupos raciais e étnicos relatam maior discriminação e vitimização e maior sofrimento psicológico em

relação aos indivíduos trans brancos (Millar; Brooks, 2021).

A heteronormatividade perpassa em todos os espaços sociais e estabelece mecanismos de regulação e controle. A discriminação e preconceito das mulheres trans e profissionais da saúde emergiram nos depoimentos das participantes. Essas trabalhadoras trans são as mais marginalizadas e excluídas do emprego remunerado e a discriminação ocorre em todas as fases do processo de emprego, incluindo recrutamento, oportunidades de formação, benefícios e acesso ao avanço na carreira. O ambiente laboral inculca o pessimismo nas pessoas trans, desencorajando-as de se candidatarem a empregos e empurrando-as para atividades laborais com menor rendimento e valorização, como esteticistas, artistas ou profissionais do sexo. O desemprego e os empregos mal remunerados, instáveis ou de alto risco alimentam o ciclo de pobreza. Portanto, as trabalhadoras trans também sofrem violência institucional no trabalho (Divan *et al.*, 2016).

No hospital “X”, eu fiz o processo seletivo, passei e assumi o plantão. Quase duas semanas trabalhando até que chegou no ouvido do diretor da unidade e ele disse que não sabia que travesti trabalhava em emprego formal (...) e eu fui mandada embora. No hospital “Y”, foi a mesma coisa. Passei no processo seletivo, na prova e na entrevista, e ela [chefe] falou para mim: Olha, infelizmente a área nobre do Rio de Janeiro atende uma população classe média alta e essa clientela não está preparada para ser atendidos por uma trans. Eles [chefes] disseram que eu não tinha o meu nome [social na certidão de nascimento] e explicaram que teriam que colocar o meu nome [civil] no jaleco e no carimbo, e isso seria um problema. (M1).

A marginalização impacta a vida de uma pessoa trans e tem interação com a pobreza, violência, falta de sistemas de apoio social e econômico, comprometendo a saúde (Divan *et al.*, 2016). As violências são mais frequentes quando a vida das mulheres trans exhibe mais condições de exclusão social, como pobreza, racismo e baixa escolaridade (Silva *et al.*, 2022). Essas situações foram manifestas nos seguintes depoimentos:

Toda essa construção social que a pessoa trans esteja ligada à violência e à marginalização. Muitas estão à margem e acham que merecem esse tipo de tratamento violento. Esse é o pensamento. (M15).

A gente sofre pelo fato de existir, porque fazemos o outro se questionar quanto ao papel deles na sociedade. Como pode um corpo de mulher com órgão masculino? O Brasil é o país que mais mata mulheres trans e travestis no mundo e o que mais consome com pornografia. Existe um demarcador, que é ser alguém pode descobrir que esse homem sai com trans e travestis. Então, quando ele está fora de seu ambiente, que ele a procura, ele quer extinguir essa mulher, quer acabar com ela, para que a gente não esteja nos locais onde eles estejam, mas eles sabem onde vão encontrar a gente para isso [pornografia]. (M19).

Em relação ao gênero, Benevides (2023, p. 96) faz uma crítica ao considerar que o movimento feminista precisa dar um passo a mais no que tange ao patriarcado e às mulheres trans/travestis, a fim de assumir o compromisso de defender a vida dessas mulheres. Nesse

sentido, a não defesa da vida dessas mulheres, através de políticas públicas e leis, retroalimenta uma sociedade machista. Quem elege candidatos machistas mantém uma estrutura social desigual e violenta. Estar atentas e ouvir pensadoras e pesquisadoras transfemininas pode ajudar-nos a compreender a violência de gênero, o machismo e o patriarcado. Essas reflexões podem trazer visões ampliadas sobre as violências ao gênero feminino.

A violência de gênero é uma forma de opressão e crueldade estruturalmente construída e reproduzida no cotidiano, que é geralmente experimentada pelas mulheres em especial. O machismo é naturalizado nas relações sociais entre homens e mulheres. O sexo feminino está no topo do *ranking* das pessoas que sofrem violência. Portanto, o machismo é uma base cultural para perpetração de violência de gênero (Minayo, 2013, p. 36), penalizando todas as mulheres igualmente, cis ou trans.

Nessa direção, a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais reforça que é preciso compreender que as formas de preconceito e discriminação não andam isoladamente, pois estão atreladas ao machismo, a misoginia e o racismo (Brasil, 2013). A cultura do machismo no cotidiano das mulheres trans foram assim relatadas pelas participantes:

Porque tem algumas mulheres trans e mulheres trans que são escrotas. Eu falo isso pela convivência. Não sabe se impor e não sabe se vestir. Nem todos os lugares você pode ir com certos tipos de roupas. Vai da maneira que você se impõe. Tem muitas que pedem para isso [violência] também. O povo ainda não está ... [acostumado com isso]. Por mais que esteja melhor do que antes, ainda tem alguma coisa [violência]. Então, é melhor evitar. (M2).

Eu vejo isso no homem, que não é livre para se aceitar do jeito que ele é. Eles veem a gente como um espelho quebrado, onde eles se veem. Na prostituição, o camarada que me come é o mesmo que vai me matar. O cara não é livre para aceitar o outro. (M11)

As falas exibem as influências da cultura machista e as contradições vividas pelos homens na sociedade, quando não têm coragem de assumir seus desejos e manifestar livremente a sua sexualidade. A sociedade não é livre para aceitar as identidades de gênero diferenciadas da norma de feminilidade e masculinidade. Além disso, o fetiche desses corpos trans, transgressores dessa norma, suscita a não aceitação e repressão do desejo, ocasionando a exclusão, a violência e até a morte das mulheres trans. Em contrapartida, outra entrevistada reproduz o machismo que vivencia como base cultural e o normaliza em seu cotidiano, justificando que mulheres trans sofrem violências devido ao seu comportamento e vestuário, assim como propondo que elas deveriam adequar-se à norma social de feminilidade esperada.

Catoia (2020, p. 3) menciona que a Convenção Interamericana para Prevenir, Sancionar e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994, conhecida como a Convenção do Belém do

Pará, não expressa claramente a discriminação como uma forma de violência contra mulheres. Por outro lado, a Recomendação Geral n.º 19/1992 do Comitê da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher-CEDAW atesta que a discriminação é uma forma de violência contra mulheres que as impede ter o exercício pleno de seus direitos, como estudar, trabalhar, ter lazer, acesso à cultura e à saúde, causando a elas sofrimento, inclusive às mulheres trans, que nem sempre são mencionadas com clareza nas lutas contra as formas de desigualdades de gênero. Portanto, a violência de gênero é uma forma de discriminação contra todas as mulheres, como emergiu na presente pesquisa.

As vulnerabilidades, advindas da exclusão familiar, do déficit educacional, do desemprego e da falta de oportunidades de trabalho formal, as empurram para as margens da sociedade, como a prostituição, e as distanciam da qualidade de vida implícita no conceito saúde. Essas vulnerabilidades socioeconômicas e educacionais podem prejudicar as oportunidades de vida plena, o exercício da cidadania, o entendimento sobre os seus direitos de saúde e quanto ao papel do SUS, provocando comportamentos de distanciamento dos contextos heteronormativos e sofrimento emocional decorrente da violência institucional, como pode ser identificado nas falas a seguir.

Na faculdade, eu tenho professores que não respeitam nossos pronomes e fazem desdém. Eu reforço que eu preciso ser respeitada. A violência também está na minha família, que não respeita o meu nome e nem os pronomes. Isso faz com que eu me afaste de pessoas e esse constante afastamento é uma violência para mim. (M16).

Eu saí de casa porque não queria viver as regras da minha família. E como procurar emprego sem qualificação? Eu vivo isso. Se não dão oportunidade para as [mulheres] trans com qualificação, imagine sem! O que resta é a pista [prostituição]. Eu tenho que comer, pagar aluguel e estar lá na pista. Eu acho que precisamos de acompanhamento psicológico para filtrar essas emoções. (M1).

As discriminações vivenciadas nos ambientes familiares, escolares e acadêmicos pelas mulheres trans causaram sofrimento psíquico, comportamentos defensivos em face desse sofrimento e repercussões negativas no potencial de vida dessas mulheres, como a exclusão familiar, prejuízos na escolarização, faltas de oportunidades de trabalho, que, para algumas mulheres, culminou em ter que viver na rua ou trabalhar na prostituição como única alternativa para a sua sobrevivência.

Portanto, a violência contribui expressivamente para restrições ou negações de direitos à cidadania, como a escolaridade, a saúde e a qualificação profissional. Esses déficits potencializam as vulnerabilidades socioeconômicas dessas mulheres, restringindo as oportunidades do seu potencial de vida e relegando a elas o lugar social da exclusão social, desemprego, perda de vínculos familiares, abandono e, por vezes, relegadas à prostituição.

Além das vulnerabilidades, a base de uma sociedade machista estruturalmente construída e retroalimentada pelo patriarcado, impede essas mulheres de viverem a plenitude de seus direitos humanos. Sobre essas determinações sociais, elas acrescentam que:

Acho que um pouco de recalque [dos homens homossexuais]. Às vezes, por tentar ser aquilo que não consegui ser [mulher trans] ou às vezes a aceitação, de não se aceitar. O machismo é muito grande. Não sei explicar por que tem homens que sentem atração, mas sentem ódio. O preconceito é grande (...). Eu tive muitas amigas que morreram assim. (M5).

Não tinha a lei Maria da Penha na época e nossos direitos eram muitos restritos. Eu sofri agressão [parceiro íntimo] e ficou por isso mesmo, fiquei meses sem andar, perdi o emprego e fiquei sendo sustentada por amigos, minha família, minha mãe. Depois disso, eu me recuperei. Mas, eu não conseguia emprego em lugar nenhum. Eu tive que passar para a prostituição até que eu consegui uma bolsa de estudos para eu estudar para alcançar alguma coisa na vida, o que mudou o rumo. (M4)

Quando a gente chega numa pista [prostituição] e vemos mulheres belíssimas, mas elas só conseguem sobreviver porque na hora h elas são os homens. Ali, eu descobri que, algumas horas, eu tinha que me comportar como homem para sobreviver, porque a maioria dos homens que procuram uma travesti prostituta, não é para ela ser uma mulher, mas é para ele ser a mulher. (M14).

Nesses discursos, uma das entrevistadas descreve com clareza a vulnerabilidade socioeconômica e o machismo dentro do mesmo contexto, que se reforçam mutuamente. Ela descreve sobre a violência por parceiro íntimo, perda de emprego e, conseqüentemente, a necessidade da prostituição para a sobrevivência, que inclui assumir os desejos da clientela através de comportamentos sexuais ativos e identificados como masculinos.

Corroborando, os ambientes discriminatórios e excludentes alimentam a vulnerabilidade social ao longo da vida das pessoas trans, pois elas têm poucas oportunidades de prosseguir a educação e maiores probabilidades de ficarem desempregadas, enfrentando condições de sem-abrigo ou em situação de rua e de pobreza. Os estudantes trans vivenciam ressentimentos, preconceitos e ambientes ameaçadores nas escolas, o que leva a taxas de abandono significativas e baixo avanço para o ensino superior (Divan *et al.*, 2016).

As estratégias sistêmicas para reduzir a violência contra as pessoas trans têm de ocorrer a vários níveis, como nas instituições que integram o sistema educacional, da saúde, do trabalho e segurança pública. O reforço da capacidade dos coletivos e organizações trans para reivindicarem os seus direitos também pode contribuir para reduzir a violência e outras violações dos direitos humanos contra pessoas trans, juntamente da impunidade dos perpetradores. A promoção da igualdade de acesso da habitação, educação, instalações públicas e oportunidades de emprego, por meio da implementação efetiva de leis e políticas antidiscriminação para proteção dessas pessoas trans nestes contextos, incluindo a garantia da

sua segurança e proteção, é essencial para garantir que os indivíduos trans sejam tratados como seres humanos iguais (Divan *et al.*, 2016).

Além de exposições a riscos, são claras as violências por falta de acesso a políticas públicas e poucas oportunidades de renda. As unidades de saúde, por sua vez, têm um papel preponderante de encaminhar essas mulheres para outros serviços de forma intersetorial para suprir as necessidades sociais e de saúde. Infelizmente, o grupo de mulheres trans que participou da pesquisa relata que isso não vem ocorrendo nas unidades de saúde. A falta de oportunidades, o preconceito e a discriminação atrelados à desqualificação dos profissionais de saúde afastam as mulheres desses espaços de cuidado, especialmente os serviços primários que deveriam ser a porta de entrada das mulheres trans no sistema de saúde no sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa respondeu aos objetivos propostos e elucidou as percepções das mulheres trans e travestis acerca do acesso aos serviços de saúde e das interfaces desse acesso com as violências. As mulheres trans/travestis entrevistadas, quase a sua totalidade, residem no município do Rio de Janeiro. Esse município é o mais populoso da região metropolitana e a capital do estado. Possui maior concentração de serviços públicos de saúde, primários, especializados e acadêmicos, inclusive aqueles que são referência para o atendimento desse grupo social e de cuidados à diversidade sexual.

Apesar de elas reconhecerem avanços no acesso aos serviços de saúde para as pessoas trans promovidos pelas legislações e políticas de saúde para a população LGBTQIA+, as barreiras de acesso foram mais proeminentes nas suas percepções. A porta de entrada do sistema de saúde é restrita para essas mulheres pelas deficiências da atenção primária, o que ocasiona a desarticulação entre os demais níveis de atenção e causa, conseqüentemente, a baixa resposta do sistema para as demandas de saúde das mulheres trans, denotando prejuízos na hierarquização e integralidade das ações de saúde, que contrariam os princípios do SUS e as diretrizes previstas nas políticas de saúde para as pessoas trans, transexuais e travestis.

Na ótica das participantes, os serviços de saúde prestam atendimentos de baixa qualidade e são insatisfatórios e pouco acolhedores e responsivos às suas necessidades de saúde das usuárias transgênero, inclusive permeados pela violência institucional. A equipe de profissionais foi considerada despreparada para prestar assistência a esse grupo social e apresentam posturas inadequadas, discriminatórias e desrespeitosas aos direitos de saúde e ao nome social das mulheres trans.

Diante desse contexto assistencial adverso, as participantes buscaram alternativas junto à sua rede social para atendimento de suas demandas quanto ao processo transexualizador, como o uso de hormônios por conta própria e indicados por outras mulheres trans, assim como o seu direcionamento para um serviço acadêmico especializado através de suas conhecidas, onde obtiveram acompanhamento médico para a terapia hormonal e as suas demandas clínicas foram melhor atendidas, mas esse serviço as incluía em pesquisas de forma condicional.

Em relação às violências, as mulheres trans/travestis vivenciaram as mais diversas formas, como a física, sexual e psicológica. A violência psicológica de natureza verbal foi a mais frequentemente mencionada nos depoimentos das participantes, como os xingamentos, inclusive através de discursos machistas e preconceituosos.

No dia a dia, além dos olhares atravessados e xingamentos, as mulheres trans sofreram violências física e sexual perpetradas pelos parceiros íntimos ou pessoas do seu convívio, inclusive familiares, ou por indivíduos desconhecidos. As violências também fizeram-se presentes nas relações com a família, parceiros íntimos, homens que compram os serviços sexuais e outras mulheres trans/travestis. As violências no âmbito das instituições educacionais, universitárias, de saúde e de segurança pública, como as delegacias, foram igualmente relatadas.

Esta realidade permeada de violências implicou em vulnerabilidades decorrentes do baixo apoio da família, abandono escolar e redução das oportunidades de emprego formal, empurrando-as para as margens da sociedade, inclusive para residirem na rua e exercerem a prostituição como meio de sobrevivência.

A violência institucional permeou o acesso ao serviço de saúde pelo descaso, desrespeito e barreiras de acesso, especialmente para os entraves para o atendimento de suas demandas de saúde específicas, como o processo transexualizador. As percepções das mulheres revelaram posturas profissionais de descaso, negligentes e discriminatórias. O atendimento foi pautado em estereótipos e representado pelas situações em que os profissionais acreditam que as mulheres trans/travestis eram drogadas, conviviam com HIV/AIDS ou eram profissionais do sexo.

As mulheres trans buscaram os serviços de saúde quando sofreram violência física com gravidade, como os serviços de emergência hospitalar, ou quando sofriam violência sexual para prevenção das IST e HIV/AIDS, acessando as unidades básicas e o serviço acadêmico especializado. No entanto, houve relatos de mulheres que não procuraram o serviço de saúde quando ocorreu violência física ou sexual por acreditarem que poderiam cuidar-se sozinhas e evitar possíveis constrangimentos, descasos e discriminações no serviço.

Nas unidades básicas e hospitalares, elas enfrentaram discriminações dos profissionais e avaliaram que a assistência não foi facilitada e qualificada, não tendo as suas necessidades de saúde plenamente atendidas. O serviço acadêmico especializado foi o melhor avaliado e considerado mais satisfatório, embora seja restrito àquelas que estão inseridas em projetos conduzidos por essa instituição.

Além da qualidade prejudicada dos atendimentos e a falta de acolhimento e despreparo dos profissionais para a assistência das pessoas trans, as mulheres entrevistadas expuseram situações nas quais os seus direitos são violados e destacaram as responsabilidades do Estado em prover melhores condições de saúde, educação e emprego, juntamente com medidas eficazes para a prevenção das violências e uma existência com cidadania plena.

Apesar da maioria das mulheres trans participantes serem pretas ou pardas, elas não

enfatazaram a problemática do racismo e das questões raciais no acesso à saúde e nas violências, embora tenham sido revelados desafios nos atendimentos decorrentes da cor da pele. Portanto, dada a relevância dessa problemática, futuras investigações são necessárias para analisar as especificidades do acesso à saúde e das violências da população trans negra.

Considerando as barreiras de acesso aos serviços de saúde, as situações vivenciadas de violências, inclusive a institucional, e despreparo dos profissionais para a assistência das mulheres trans/travestis, sugerem-se investimentos da gestão pública para melhoria da oferta de serviços; incentivo à atuação da atenção primária como porta de entrada dessas mulheres no sistema de saúde; ampliação dos serviços especializados e qualificação da rede assistencial e das equipes para prestarem uma assistência adequada, acolhedora, respeitosa e capaz de oferecer ações de promoção da saúde e com abordagem adequada das violências.

Além disso, sugere-se que as escolas e as universidades incentivem programas de formação sobre direitos humanos e diversidade sexual e de gênero, assim como promovam a prevenção das violências às mulheres trans/travestis no âmbito institucional. Por fim, recomenda-se mais estudos sobre a temática a fim de ampliar o conhecimento sobre a saúde dessas mulheres e as ações mais eficazes de enfrentamento das violências e injustiças sociais que esse grupo populacional está submetido.

REFERÊNCIAS

ALLISON, M. Kathryn; MARSHALL, S. Alexandra; STEWART, Gray; JOINER, Melissa; NASH, Cresheller; STEWART, M. Kathryn.. Experiences of Transgender and Gender Nonbinary Patients in the Emergency Department and Recommendations for Health Care Policy, Education, and Practice. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 61, n. 4, p. 396-405, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.04.013>.

ALMEIDA, Miléia Santos. As mulheres e o capital: notas sobre a exploração do trabalho feminino na produção e reprodução do capitalismo. **Germinal: marxismo e educação em debate**, v. 14, n. 2, p. 228-244, 2022. DOI: <https://doi.org/10.9771/gmed.v14i2.48093>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera; FRANÇA JR., Ivan; GRAVATO, Neide; LACERDA, Regina; NEGRA, Marinella Della; MARQUES, Heloisa Helena de Sousa; GALANO, Eliana; LECUSSAN, Pilar; SEGURADO, Aluísio Cotrim; SILVA, Mariliza Henrique. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health June**, v. 96, n. 6, n. p., 2006. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2004.060905>.

AYRES, L. Thematic coding and analysis. In: GIVEN, Lisa M. **The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods**. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc., 2008. p. 867- 868.

BENEDETTI, Marcos. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENEVIDES, Bruna G. **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022**. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2023.

BENTO, Berenice. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA, 2017.

BERNASKY, Joice, SOCHODOLAK, Hélio. História da violência e a sociedade brasileira. **Oficina do Historiador**, v.11, n. 1, p. 43-60, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15448/2178-3748.2018.1.24181>.

BOIVIN, Renaud René. "Se podrían evitar muchas muertas": discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), v. 16, p. 86-120, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872014000100006>.

BONELLO, Andréia Aparecida De Luca Moore; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.11, p. 4397-4406, 2014. Disponível: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n11/4397-4406/pt> Acesso em: 26 set. 2022.

BORGET, Vivian; STEFANELLO, Sabrina; SIGNORELLI, Marcos Claudio; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos. "A gente só quer ser atendida com profissionalismo": experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. **Physis**:

Revista de Saúde Coletiva, v. 33, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333036>.

BOURDIEU, Pierre. **Meditations pascaliennes**. Paris: Seuil, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html#:~:text=Institui%2C%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema,Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Integral%20LGBT). Acesso em: 05 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde), (Cadernos Humaniza SUS; v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 200 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_semniario_nacional_saude_lgbt.pdf
Acesso em: 26 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância dos Acidentes e Violências**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias>. Acesso em: 04 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIVA/SINAN, **Vigilância em saúde e ambiente. Inquéritos de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 02 ago. 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/viva-sinan-vigilancia-continua>. Acesso em: 26 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretária-geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340, 7 de agosto de 2006**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso: 08 maio 2022.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2020.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus> Acesso em: 26 maio 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Judiciário Brasileiro. **Lei Maria da Penha é aplicável à violência contra a mulher trans, decide a sexta turma**, 2023. Disponível em:

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/05042022-Lei-Maria-da-Penha-e-aplicavel-a-violencia-contramulher-trans--decide-Sexta-Turma.aspx>. Acesso em: 17

dez. 2023.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003

CABALLERO, Bárbara. **IDH-M: uma análise do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal para a cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6165511/4162028/analise_idhm_rio_v4_compur.pdf Acesso em: 10 nov. 2023.

CARROL, Evelyn F.; WOODARD, Genevieve A.; ST AMAND, Colt M.; DAVIDGE-PITTS, Caroline. Breast Cancer Screening Recommendations for Transgender and Gender Diverse Patients: A Knowledge and Familiarity Assessment of Primary Care Practitioners. **J Community Health**, v. 48, n. 5, p. 889-897, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01228-2>.

CARVALHO, Guilherme Paiva de; OLIVEIRA Aryanne Sêrgia Queiroz de. Discurso, o poder e a sexualidade de Michel Foucault. **Dialectus**. n. 11, p. 100-115, 2017. Disponível em: <http://www.revistadialectus.ufc.br/index.php/ForaDoAr/article/view/366> . Acesso em: 20 ago. 2022.

CARVALHO, Keline Santos de. **Mulheres negras usuárias de álcool e outras drogas em um município do Recôncavo da Bahia: vulnerabilidade e interseccionalidade**. 2017. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia Salvador, 2017.

CARVALHO, Mario; CARRARA, Sergio. 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), v. 14, p. 319-351, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200015>.

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: Violência de Gênero e Interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. 01–11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>.

CHRISTENSEN, Jonas. A critical reflection of Bronfenbrenner’s development ecology model. **Problems of Education in the Century**, v. 69, p. 22-28, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33225/pec/16.69.22>.

COLLINS, Patricia Hill. Intersectionality’s Definitional Dilemmas. **Annual Review of Sociology**, v. 41, p. 1-20, 2015. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-soc-073014-112142> Acesso em: 10 mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142>.

CONNEL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/SUS. **16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia é Saúde**. Relatório Nacional Consolidado. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/16cns/#next>. Acesso em: 26 fev. 2023.

COSTA, Ângelo Brandelli. Vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans: o papel da psicologia e o acesso à saúde. 2015. 176 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

DANTAS, Beatriz Rodrigues da Silva Selles. Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói. 2021. 114 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2021.

DIVAN, Vivek; CORTEZ, Clifton; SMELYANSKAYA, Marina; KEATLEY, JoAnne. Transgender social inclusion and equality: a pivotal path to development. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 3, n. p., 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949312/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford: University Press, 2003.

DUQUE, Tiago. “A gente sempre tem coragem”: identificação, reconhecimento e as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher. **Cadernos Pagu**, v. 51, p. 1-32, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700510010>.

ELIAS, Norbert. Sugestão para uma teoria de processos civilizadores. In: ELIAS, Norbert (Org.). **O Processo civilizador**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1994. p. 192-297.

FACHIN, Melina Girardi. **Direito Humano ao Desenvolvimento: Universalização, Ressignificação e Emancipação**. 2013. 485 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988a.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1988b.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1988c.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade IV: as confissões da carne**. Rio de Janeiro: Graal, 1988d.

GIL, Antônio Carlos; NETO, Aline Crespo dos Reis. Survey de Experiência como Pesquisa Qualitativa Básica em Administração. **Revista de Ciências da Administração**, v. 22, n. 56, p. 125-137, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2020.e74026>.

GIRARD, René. **A violência e o sagrado**. São Paulo: UNESP, 1990.

GOMES, João Antônio Smania; TESSER JUNIOR, Zeno Carlos. Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes LGBT. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 1-12, 2022. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2407](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2407).

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato; EVANGELISTA, Maria do Socorro Nantua; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; SILVA, Aline Ferreira Melgaço da; SILVA, Priscila Avelino da. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p.1409-1419, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600023>.

HENRI, Lefebvre. **La production de l'espace**. Paris: Anthropos, 2000.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos – Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Biblioteca Nacional, 2012.

KULICK, Don. **Travesti: Prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Tradução de Cesar Gordon. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LANHAM, Michele; RIDGEWAY, Kathleen; DAYTON, Robyn; CASTILLO, Britany M.; BRENNAN, Claire; DAVIS, Dirk A.; EMMANUEL, Dadrina; MORALES, Giuliana J.; CHEIRISER, Clifford; RODRIGUEZ, Brandy; COOKE, Juana; SANTI, Karin; EVENS, Emily. "We're Going to Leave You for Last, Because of How You Are": Transgender Women's Experiences of Gender-Based Violence in Healthcare, Education, and Police Encounters in Latin America and the Caribbean. **Violence and Gender**, v. 6, n. 1, p. 37-46, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1089%2Fvio.2018.0015>.

LARA, A. M. B.; MOLINA, Adão Aparecido. Pesquisa Qualitativa: apontamentos, conceitos e tipologias. *In*: TOLEDO, Cezar de Alencar Arnaut de Toledo; GONZAGA, Maria Teresa Claro. (Org.). **Metodologia e Técnicas de Pesquisa nas Áreas de Ciências Humanas**. Maringá: Eduem, 2011, pp. 121-172. <https://gepeto.ced.ufsc.br/pesquisa-qualitativa-apontamentos-conceitos-e-tipologias/>

LEMONS, Talita. Por feminismos da diferença sexual: para além do modelo dualista excludente. **Anãnsi: Revista de Filosofia**, v. 2, n. 1, p. 37-53, 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/50360221/Por_Feminismos_da_diferen%C3%A7a_sexual_para_al%C3%A9m_do_modelo_dualista_excludente. Acesso em: 13 mar. 2024.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal of Equity in Health**, v. 12, n. 18, p. 2-9, 2013. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18> Acesso em: 28 out. 2022.

LIMA, Fernanda Felício de; FERIGATO, Sabrina Helena; SILVA, Carla Regina; OLIVEIRA, Ana Luisa de Oliveira e. Percepções e experiências de mulheres atuantes no campo da saúde sobre violências de gênero. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213205>.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira; SILVA, Maria Rejane Ferreira da; CARVALHO, Eduardo

Maia Freese de; CESSE; Eduarda Ângela Pessoa; BRITO, Ederline Suelly Vanini de; BRAGA, João Paulo Reis. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.

LOURO, Guacira Lopes. Epistemologia feminista e teorização social desafios, subversões e alianças. *In*: ADELMAN, Miriam; SILVESTRIN, Celsi Brönstrup. (Org.). **Coletânea Gênero Plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 11-22.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p.77-92, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>.

MEYER, Dagmar Estermann. Gênero e educação: teoria e política. *In*: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate na educação. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 11-29.

MILLAR, Krystina; BROOKS, Caroline V. Double jeopardy: Minority stress and the influence of transgender identity and race/ethnicity. **International Journal of Transgender Health**, v. 23, n. 1-2, p. 133-148, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/26895269.2021.1890660>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e o desafio da pesquisa social. *In*: DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-30.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. *In*: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves; CONSTANTINO, Patrícia; AVANCI, Joviana Quintes (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 21-42.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; PINTO, Liana Wernersbach; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3701-3714, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SILVA, Marta Maria Alves da; ASSIS, Simone Gonçalves de. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2016–2018, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>.

MISKOLCI, Richard; SIGNORELLI, Marcos Claudio; CANAVESE, Daniel; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso; POLIDORO, Mauricio; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio; SOUZA, Martha Helena Teixeira de; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. =Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 27, n. 10, p. 3815-3824, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>.

MONTEIRO, Felipe Matos; CARDOSO, Gabriela Ribeiro. A Seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: um debate oportuno. **Revista Civitas**, v. 13, n. 1, p. 93-117, 2013. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2013.1.12592>.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1-12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>.

MOQUEDACE, Patrícia dos Santos. **Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro**: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento. 2022. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

MUCHEMBLED, Robert. **Uma história da violência**: do fim da idade média, aos nossos dias atuais. Lisboa: Edições 70, 2014.

NG, Janet H. Y.; LUK, Bronya H. K. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. **Patient Educ. Couns.**, v. 102, n. 4, p. 790-796, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30477906/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

NOVAIS, Fernando A. **Estrutura e Dinâmica do Antigo Sistema Colonial**. São Paulo: Editora Brasiliense, S.A, 1986.

OLIVEIRA, José Marcelo Domingos de; MOTT, Luiz (Org.). **Mortes violentas de LGBT + no Brasil**: relatório 2021. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2022.

OLIVEIRA, Marta Olivia Rovedder de; BRUNO, Bourdeaux-Rego; ALVES, Denise Avancini; FERNANDA, Nedwed-Machado; SLONGO, Luiz Antônio. Uma comparação entre entrevistas face to face e entrevistas online via chat, aplicando-se técnica Laddering. **Gestão & Regionalidade**, v.25, n. 75, p.57-72, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/46179420_UMA_COMPARACAO_ENTRE_ENTREVISTAS_FACE_TO_FACE_E_ENTREVISTAS_ON-LINE_VIA_CHAT_APLICANDO-SE_A_TECNICA_LADDERING Acesso em: 03 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência**. São Paulo: 2014. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf> Acesso em: 04 set. 2022.

PAGE, Matthew J.; MCKENZIE, Joanne E.; BOSSUYT, Patrick M.; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C.; MULROW, Cynthia D., SHAMSEER, Larissa; TETZLAFF, Jennifer M.; AKL, Elie A.; BRENNAN, Sue E.; CHOU, Roger; GLANVILLE, Julie; GRIMSHAW, Jeremy M.; HRÓBJARTSSON, Asbjørn; LALU, Manoj M.; LI, Tianjing; LODER, Elizabeth W.; MAYO-WILSON, Evan; MCDONALD, Steve; MCGUINNESS, Luke A.; STEWART, Lesley A.; THOMAS, James; TRICCO, Andrea C.; WELCH, Vivian A.; WHITING, Penny; MOHER, David. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9798848/>. Acesso em: 13 mar. 2024.

PAGE, Matthew J.; MCKENZIE, Joanne E.; BOSSUYT, Patrick M.; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C.; MULROW, Cynthia D.; SHAMSEER, Larissa; TETZLAFF, Jennifer M.; AKL, Elie A.; BRENNAN, Sue E.; CHOU, Roger; GLANVILLE, Julie; GRIMSHAW, Jeremy M.; HRÓBJARTSSON, Asbjørn; LALU, Manoj M.; LI, Tianjing; LODER, Elizabeth W.; MAYO-WILSON, Evan; MCDONALD, Steve; MCGUINNESS, Luke A.; STEWART, Lesley A.; THOMAS, James; TRICCO, Andrea C.; WELCH, Vivian A.; WHITING, Penny; MOHER, David Moher. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Bmj** **372**, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 15 mar. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>.

PARENTE, Jeanderson Soares; SILVA, Caik Ferreira ; MAGALHÃES, Beatriz de Castro ; SILVA, Mauro McCarthy de Oliveira; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Saúde LGBTQIA+ à luz da bioética principialista. **Revista Bioética**, v. 29, n. 3, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293498>.

PENCHANSK, Roy; THOMAS, William. The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**, v. 15, n. 2, p. 127-140, 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3764310>. Acesso em: 15 mar. 2024.

PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Cláudia Santos. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1-16, 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795).

PERES, Wiliam Siqueira. Cenas de exclusão anunciadas: travestis, transexuais e transgênero e as escolas brasileiras. *In: JUNQUEIRA, Rogério Diniz (Org). Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009. p. 235-263.

PIERCE, Joseph M. I Monster: Embodying Trans and Travesti Resistance in Latin America. **Latin American Research Review**, v.55, n. 2, p. 305-321, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25222/larr.563>.

PIOVESAN, Flávia C. Proteção dos direitos sociais: desafios do IUS Commune Sul-Americano. **Revista TST**, v. 77, n. 4, p 102-139, 2011. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/28340>. Acesso em: 13 mar. 2024.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.5, p. 1509-1520, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 93, p. 31-58, 2011. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.133>.

REISNER, Sari L.; POTEAT, Tonia; KEATLEY, JoAnne; CABRAL, Mauro; MOTHOPENG, Tampose; DUNHAM, Emilia; HOLLAND, Claire E.; MAX, Ryan; BARAL, Stefan D. Global health burden and needs of transgender populations: a review. **Lancet**, v. 388, p. 412-436, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00684-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00684-x).

RIBEIRO, Paula Regina Costa; SOARES, Guiomar Freitas; FERNANDES, Felipe Bruno Martins. A ambientação dos professores e professoras homossexuais no espaço escolar. In: JUNQUEIRA, Rogerio Diniz (Org.). **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009. p. 182-21.

RIOS, Roger Raupp. Homofobia na Perspectiva dos Direitos Humanos e no Contexto dos Estudos sobre Preconceito e Discriminação. A ambientação dos professores e professoras homossexuais no espaço escolar. In: JUNQUEIRA, Rogerio Diniz (Org.). **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009. p. 182-221.

ROCHA, Cleomar. **Pontes, Janelas e Peles: Cultura, Poéticas e Perspectivas das Interfaces Computacionais**. Goiânia: Universidade federal de Goiás, 2014.

ROCHA, Marcella Diana Helfenstein Albeirice da. História social da AIDS no mundo: a vulnerabilidade dos sujeitos. **Revista Científica do ITPAC**, v. 9, n. 1, 2016. DOI: https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/77/Artigo_8.pdf.

ROCON, Pablo Cardozo; RODRIGUES, Alexsander; ZAMBONI, Jésio; PEDRINI, Mateus Dias. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>.

ROCON, Pablo Cardozo; SODRÉ, Francis; RODRIGUES, Alexsandro. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 2, p. 260-269. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011>.

RODOVALHO, Amara Moira. O cis pelo trans. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 1, p. 365-373, 2017, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p365>.

SADHANA, Manik; KUDZAYI, Savious Tarisayi; HARDMAN, Michael. What happened to I'm my sister's keeper? A case of abuse at a university in South Africa. **Cogent Social Sciences**, v. 7, n. 1, p. 1-14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/23311886.2021.2001142>.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Força de trabalho feminina no Brasil: no interior das cifras. **Perspectivas**, v. 8, p. 95-141, 1985. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/bec4e6ab-eb6f-461e-99fb-d49a722b93fd/content>. Acesso em: 28 out. 2022.

SALLIS, J. F.; OWEN, N.; FISCHER, E. B. Ecological models of health behaviour. In: GLANZ, Karen; RIMER, Barbara K; VISWANATH, K. (Org.). **Health behaviour and health education: Theory, research, and practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 2008. p. 465-486. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=2415293>. Acesso em: 13 mar. 2024.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em: 26 maio 2022.

SANCHEZ-TORRES, Diana Alejandra. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 55, n. 1, p. 82-93, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>. Acesso em: 27 out. 2022.

SANTIAGO, Denice. As interseccionalidades necessárias à questão do enfrentamento da violência contra mulher. In: BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio de (Org.). **Visível e invisível: a vitimização das mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Instituto Datafolha, 2019. p. 42-49.

SANTOS, Dayana Brunetto Carlin dos. A biopolítica educacional e o governo de corpos transexuais e travestis. **Caderno de pesquisa**, v. 45, n.157, p. 630-651, 2015. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/2970> Acesso em: 20 ago. 2022.

SANTOS, Dherik Fraga; LIMA, Rita de Cássia Duarte; DEMARCHI, Stehania Mendes; BARBOSA, Jeanine Pacheco Moreira; CORDEIRO, Marcus Vinicius da Silva; SIONI, Marcelo Eliseu; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, p.1-13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jd7SgTXGfGqmkDyB8K7jnCv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SANTOS, Márcio Gonçalves dos. **Violência e dor em narrativas de mulheres transexuais em Manaus**. 2019. 171 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administração) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SEBASTIÃO, Thaís Fernandes; CONSTANTINI, Ana Carolina; FRANÇOZO, Maria de Fátima de. Mulheres transgênero: suas narrativas sobre saúde, voz e disforia. **Distúrbios da Comunicação**, v. 34, n. 3, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1415299>. Acesso em: 21 jan. 2024

SEVALHO, Gil. The concept of vulnerability and health education based on the teory laid out by Paulo Freire. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 22, n.64, p. 177-188, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CCnBTxySpYqFqS93W5RN3Sv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 ago. 2022.

SHIHADDEH, Nizar Amin; PESSOA, Elisângela Maia; SILVA, Fabiane Ferreira da. A (in)visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta de integrantes da comunidade LGBTQIA+. **Barbarói**, v.58, p. 172-194, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150841>. Acesso em: 09 mar. 2024.

SILVA, Izabel Cristina Brito da; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de; SANTANA, Alef Diogo da Silva; MOURA, Jefferson Wildes da Silva; RAMALHO, Marclineide Nóbrega de Andrade; ABREU, Paula Daniella. Gender violence perpetrated against trans women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034->

7167-2021-0173.

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia: ciência e profissão**, 30, n.3, p. 556-571, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300009>.

SOARES, Marcelo Luiz Medeiros; GUIMARÃES, Natália Guedes Miguel; BONFADA, Diego. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. **Ciências & saúde coletiva**. V. 26, n.11, p. 5751-5763, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA, Maria Luiza Carvalho. Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves; CONSTANTINO, Patricia; AVANCI, Joviana Quintes (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 105-123.

SOUZA, Elaine de Jesus; SILVA, Joilson Pereira da; SANTOS Claudiene. Homofobia na Escola: As Representações de Educadores/as. **Temas em Psicologia**, v. 23, n.3, p.635-647, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-09>.

SOUZA, Luís Paulo Souza e; MINUCCI, Gabriel Silvestre; ALVES, Andrea Matias; ROAMA-ALVES, Rauni Jandé; FERNANDES, Marconi Moura. Direito à saúde das pessoas LGBTQ+ em privação de liberdade: o que dizem as políticas sociais de saúde no Brasil? **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. X-X,2020. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i2>.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEELE, Sarah; TAYLOR, V; VANNONI, Matia; HERNANDEZ-SALAZAR, E.; MCKEE, M.; AMATO-GAUCI, A.; STUCKLER, D.; SEMENZA, J. Self-reported access to health care, communicable diseases, violence and perception of legal status among online transgender identifying sex workers in the UK. **Public Health**, v. 186, p. 12-16, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.066>.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A operacionalização do Conceito de Vulnerabilidade no Contexto da Saúde da Família. **Manual de enfermagem/Instituto para o desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 225-228.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 190-198, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. VALENTINE, David. **Imagining Transgender: an ethnography of a category**. Durham, NC: Duke University Press, 2007

VILLA, Eugênia Nogueira do Rêgo Monteiro. Os desafios impostos pelos diferentes tipos de violência contra a mulher. In: BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio de (Org.). **Visível e**

invisível: a vitimização das mulheres no Brasil. 2. ed. São Paulo: Instituto Datafolha, 2019. p. 37-41.

YBARRA, Michele L.; GOODMAN, Kimberly L.; SAEWYC, Elizabeth; SCHEER, Jillian R.; STROEM, F. Youth Characteristics Associated with Sexual Violence Perpetration Among Transgender Boys and Girls, Cisgender Boys and Girls, and Nonbinary Youth. **JAMA New Open**, v. 5, n. 6, 2022. DOI : <https://doi.org/10.1001%2Fjamanetworkopen.2022.15863>.

APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado de entrevista

Nº da Entrevista: _____ Data: _____ / _____ / _____ Código da Participante: _____

Hora de Início: _____ Hora de Término: _____

1. Apresentação dos objetivos da pesquisa

2. Caracterização da participante

Idade: _____ anos

Transexual ou Travesti autodeclarada: _____

Cor da pele _____

Município de Residência: _____

Residência (fixa ou temporária): _____.

Reside com alguém ou família: _____

Com ou sem parceria (relacionamento fixo ou eventual): _____

Nível de Escolaridade: _____

(Sem instrução; ensino fundamental incompleto/completo; ensino médio incompleto/completo ou ensino superior incompleto/completo)

Tipo ocupação: _____

(Do lar, desempregada, assalariada com carteira assinada, assalariada sem carteira assinada, trabalhadora autônoma, estudante).

Renda _____

(Sem renda, menos que um salário mínimo, entre 1 – 2 salários mínimos, entre 2 – 3 salários mínimos e acima de 4 salários mínimos)

Tipo de unidade de saúde que utiliza comumente: _____

3. Questões relativas ao objeto de pesquisa

3.1. O que você pensa sobre o acesso à assistência à saúde das pessoas trans.

Objetivo: Explorar as percepções da participante quanto ao acesso das pessoas trans aos cuidados de saúde e serviços de saúde.

3.2 Fale-me acerca dos motivos que levaram você buscar as unidades de saúde.

Objetivos: - Explorar as motivações da participante para acessar os serviços de saúde.

- Explorar as situações influentes na tomada de decisão para buscar o serviço de saúde.

- Conte-me as suas experiências ou as situações vividas quando você utilizou o serviço de saúde.

Objetivos: - Explorar as vivências e experiências de utilização dos serviços de saúde.

- Explorar as percepções acerca do atendimento recebido no serviço.
- Indagar se o nome social da participante foi utilizado ou respeitado pelo serviço.

3.3 Explique-me como os profissionais atenderam você na unidade de saúde.

- Objetivos: Explorar os comportamentos e atitudes dos profissionais
- Indagar se ela se sentiu respeitada ou desrespeitada pelos profissionais (inclui as situações de preconceitos, estereótipos e maus tratos)

3.4 Explique-me se houve continuidade do tratamento a partir de sua queixa.

Objetivos: Perceber se a continuidade a partir do acesso foi respeitada.

3.5 Conte-me o que você entende por violência?

3.6 Conte-me sobre as possíveis situações que você tenha sofrido desrespeito, maus tratos ou violências.

Objetivo: entender o que ela compreende sobre violência e sobre essa vivência.

- Questionar se a participante vivenciou:

- Xingamentos.
- Agressão física.
- Sexo não consentido/violência sexual
- Abuso sexual
- Ameaça
- Abandono
- Suicídio
- Automutilação

3.7 Conte-me se alguma situação de violência a motivou buscar o serviço de saúde.

Explique a sua resposta

- Explorar a visão da participante acerca da procura do serviço de saúde nas situações de violência.

3.8 Na sua opinião, quais são os fatores relacionados com as violências vividas pelas mulheres trans?

- Explorar a percepção da participante acerca dos fatores associados com as violências às mulheres trans.

3.9 Explique-me o papel do serviço de saúde exerce quando as mulheres trans sofrem alguma situação de violência

- Explorar as opiniões e percepções do papel do serviço de saúde nas situações de violência sofridas pelas pessoas trans.

Questionar se a participante quer acrescentar mais informações e agradecer

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sr. (a)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), pesquisa intitulado Percepções das mulheres trans acerca do acesso ao serviço de saúde e sua relação com a exposição às situações de violência conduzida por Elaine Medeiros do Nascimento. Este estudo tem por objetivo geral analisar as percepções das mulheres *trans* acerca do acesso ao serviço de saúde e sua relação com a exposição às situações de violência. Sendo seus objetivos específicos: Conhecer as percepções das mulheres *trans* acerca do acesso ao serviço de saúde; caracterizar as situações de violência vivenciadas pelas mulheres *trans*; descrever a relação entre acesso ao serviço de saúde e exposição às violências segundo essas mulheres.

Você foi selecionado (a) por ser pessoa *trans* com identidade feminina, travesti ou transgênero, com idade igual ou superior a 18 anos, usuárias das unidades públicas ou privada de saúde e que vivem no município do Rio de Janeiro e em sua região metropolitana. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um roteiro de entrevista, que será conduzida pela pesquisadora responsável. A entrevista será gravada em áudio. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Embora não haja nenhuma compensação financeira, o benefício relacionado à sua participação será contribuir com o conhecimento científico sobre o tema e o acesso à saúde das mulheres trans, subsidiando os docentes da saúde e enfermagem, os profissionais e gestores da ESF para desenvolver estratégias de melhoria do cuidado para ampliação das taxas de captação das mulheres e obtenção de melhores resultados de prevenção e controle desse câncer ainda prevalente no país.

Os riscos relacionados aos procedimentos do estudo são concernentes a possíveis constrangimentos ou desconfortos causados pela emissão de suas opiniões sobre os padrões assistenciais e a gestão do serviço. A Senhora pode ficar envergonhada ou sem jeito para falar sobre alguma coisa. Caso isto aconteça, você pode pedir para não responder ou, caso já esteja respondendo, para não se aprofundar na resposta que estava dando, ou ainda, pedir para parar a entrevista.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e instituições participantes. Contatos do pesquisador responsável: Elaine M. Nascimento. Centro Biomédico Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, E-mail: elainemedeiros1982@hotmail.com— Telefone: (021) 970344233.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, E-mail: coep@sr2.uerj.br — Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____

Assinatura: _____

ANEXO - Parecer de Aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções das mulheres transgêneros acerca do acesso aos serviços de saúde e a sua relação com a exposição às violências

Pesquisador: Elaine

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65868222.2.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.843.196

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de mestrado em enfermagem de Elaine Medeiros do Nascimento. O objeto de estudo é o acesso aos serviços de saúde das mulheres trans e sua relação com a exposição às violências. O objetivo geral é analisar as percepções das mulheres trans acerca do acesso aos serviços de saúde e sua relação com a exposição às violências. Sendo seus objetivos específicos: conhecer a percepções das mulheres trans acerca do acesso aos serviços de saúde; caracterizar as situações de violências vivenciadas pelas mulheres trans e descrever a relação entre acesso aos serviços de saúde e exposição às violências segundo essas mulheres. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e do tipo descritivo. As participantes serão as pessoas trans com identidades femininas, travesti ou transgênero, com idade igual ou superior a 18 anos e usuárias das unidades públicas de saúde. A coleta de dados será por meio de entrevista semiestruturada e em profundidade. A amostra será intencional, não probabilística, e amostragem do tipo snow ball.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é analisar as percepções das mulheres trans acerca do acesso aos serviços de saúde e sua relação com a exposição às violências. Sendo seus objetivos específicos: conhecer a percepções das mulheres trans acerca do acesso aos serviços de saúde; caracterizar as situações de violências vivenciadas pelas mulheres trans e descrever a relação entre acesso aos serviços de saúde e exposição às violências segundo essas mulheres.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.843.196

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo de constrangimento no momento da entrevista que será minimizado garantindo o direito de interromper a entrevista ou não responder a qualquer pergunta do roteiro de entrevistas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto está bem fundamentado, traz temática pertinente e cronograma factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado, folha de rosto assinada, roteiro de entrevistas apresentado, cronograma factível e orçamento adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2057820.pdf	01/12/2022 00:15:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	01/12/2022 00:14:03	Elaine	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle.pdf	01/12/2022 00:10:59	Elaine	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.843.196

Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/12/2022 00:10:59	Elaine	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/12/2022 00:00:16	Elaine	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Janeiro de 2023

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
 (Coordenador(a))