

Laylla Myllene Carvalho dos Santos

**A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS:
revisão de literatura**

Palmas – TO

2020/1

Laylla Myllene Carvalho dos Santos

**A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS:
revisão de literatura**

Trabalho de conclusão de curso elaborado e apresentado como requisito para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a Ms. Jaminuam Aucê do Nascimento

Palmas – TO

2020/1

Laylla Myllene Carvalho dos Santos

A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS:
revisão de literatura

Trabalho de conclusão de curso elaborado e apresentado como requisito para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^aMs. Jaminuam Aucê do Nascimento

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Jaminuam Aucê do Nascimento -
Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Prof.^o Ms. Luís Fernando Albarello Gellen
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Prof.^a Ms. Mônica Bandeira
Universidade Federal do Tocantins – UFT

Palmas – TO

2020/1

Dedico esta, bem como as minhas demais conquistas, aos meus amados pais Maria e Domingos, ao meu irmão Vinícius e àquele que, mesmo com todos os obstáculos e sofrimentos existentes, me protege e sempre mostra que sou capaz de superar qualquer dificuldade: Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por tornar possível a realização de um sonho e me dar forças para continuar quando achei que não era capaz.

Aos meus pais, Maria José e Domingos Neto, por todo o suporte e dedicação que me possibilitaram prosseguir durante todos esses anos. Agradeço, especialmente, a minha mãe por todo o amor, confiança e admiração apresentados a mim.

Ao meu irmão Marcos Vinícius por sempre me alegrar e confortar nos momentos difíceis.

As minhas amigas Vitória de Cassia, Brenda Keterly, Luanna Maria e Natália Amorim pelo apoio e ajuda durante a elaboração do trabalho.

Agradeço a minha orientadora, Jaminuam Aucê, por toda positividade, encorajamento e paciência durante a construção do projeto.

“Sonhe. Mesmo que seu início seja humilde, o fim será próspero.”

(Min Yoongi)

RESUMO

SANTOS, Laylla Myllene Carvalho dos. **A humanização no cuidado em saúde de travestis e transexuais**: revisão de literatura. 2019. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

O presente trabalho discute sobre a humanização no cuidado em saúde de travestis e transexuais (TT). A população TT vivencia um processo histórico de luta nos serviços de saúde pelo reconhecimento de suas singularidades e pela qualidade no cuidado em saúde. Barreiras no sistema de saúde impedem a materialização de uma assistência humanizada e perpetua a ausência do grupo pelo medo da discriminação. Nesse sentido, o objetivo geral do estudo é identificar, de acordo com a literatura científica, a humanização nos cuidados em saúde de Travestis e Transexuais na Rede de Atenção à Saúde e, como objetivos específicos, descrever as principais barreiras à implementação da humanização nos cuidados em saúde de travestis e transexuais, identificar a qualificação dos profissionais de saúde quanto ao público TT e identificar as principais demandas de saúde, de acordo com a literatura. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório e descritivo. A pesquisa identificou 12 barreiras que dificultam a implementação da humanização nos serviços, 04 principais problemáticas envolvendo os profissionais de saúde e 03 categorias de demandas de saúde TT, evidenciando a necessidade de conhecimentos acerca das questões de gênero e a humanização da assistência.

Palavras Chaves: Humanização, Cuidado em Saúde, Travestis e Transexuais.

ABSTRACT

SANTOS, Laylla Myllene Carvalho dos. **Humanization in health care for transvestites and transsexuals: a literature review**. 2019. 63 f. Course Completion Work (Graduation) - Nursing Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas/TO, 2019.

The present work discusses the humanization in health care for transvestites and transsexuals (TT). The TT population experiences a historic process of struggle in health services for the recognition of their singularities and the quality of health care. Barriers in the health system prevent the materialization of a humanized assistance and perpetuate the absence of the group for fear of discrimination. In this sense, the general objective of the study is to identify, according to the scientific literature, the humanization in health care of Transvestites and Transsexuals in the Health Care Network and, as specific objectives, describe the main barriers to the implementation of humanization in care in the health of transvestites and transsexuals, identify the qualification of health professionals regarding the TT public and identify the main health demands, according to the literature. This is an exploratory and descriptive bibliographic research. The research identified 12 barriers that hinder the implementation of humanization in services, 04 main problems involving health professionals, and 03 categories of TT health demands, highlighting the need for knowledge about gender issues and the humanization of care.

Key Words: Humanization, Health Care, Transvestites and Transsexuals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Motivos para o uso de silicone industrial e automedicação com hormônios, segundo a pesquisa, 2020.....	47
---	----

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral LGBT
PrTr	Processo Transexualizador
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Libralyonline
SUS	Sistema Único de Saúde
Trans	Transgênero
TT	Transexuais e Travestis

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Demonstrativo em ordem cronológica decrescente, entre os anos de 2020 a 2010, das produções literárias sobre a temática de humanização nos cuidados em saúde de travestis e transexuais.....	36
Quadro 2: Demonstrativo das categorias profissionais, exames e procedimentos demandados, segundo a pesquisa, 2020.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Demonstrativo das principais barreiras à implementação da humanização nos cuidados em saúde de travestis e transexuais na Rede de Atenção à Saúde, segundo a pesquisa realizada, 2020.....	44
Tabela 2: Demonstrativo dos principais problemas relacionados aos profissionais, segundo a pesquisa realizada, 2020.....	48
Tabela 3: Demonstrativo das principais demandas de saúde, segundo a pesquisa realizada, 2020.....	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMA.....	14
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos	15
1.3 JUSTIFICATIVA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 SEXO, GÊNERO, IDENTIDADE E EXPRESSÃO DE GÊNERO.....	17
2.2 TRANSEXUALIDADE E A TRAVESTILIDADE	18
2.3 A LUTA PELA SAÚDE	20
2.3.1 Do direito a saúde à conquista do Processo Transexualizador	20
2.4 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRANSGÊNEROS.....	22
2.5 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	25
2.5.1 Aspectos conceituais.....	25
2.5.2 Aspectos históricos	25
2.5.3 A humanização enquanto política pública	26
2.6 A SAÚDE DE TRASVESTIS E TRANSEXUAIS E O CUIDADO HUMANIZADO	29
2.6.1 Aspectos conceituais do cuidado humanizado	29
2.6.2 A saúde de travestis e transexuais	30
2.6.3 O acolhimento como ferramenta da humanização no cuidado de saúde trans e o despreparo profissional.....	32
3 METODOLOGIA.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

As pessoas transgênero (trans), transexuais e travestis (TT), representam o segmento populacional da comunidade Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) que se caracteriza pela discordância entre identidade ou expressão de gênero e o sexo biológico apresentado, com necessidade ou não de adequação corporal. Por não condizerem com os padrões hetero-cis-normativos, as particularidades trans, a partir da tendência cultural e histórica da sociedade em tratar com desprezo ou eliminar aqueles que são diferentes, são estigmatizadas como “anormalidades” produzindo a exclusão social e a privação de direitos humanos básicos.

No âmbito da saúde, a garantia do atendimento específico à população trans não se estabeleceu de imediato, ela foi o resultado de um processo gradativo iniciado na década de 1970 a partir da Reforma Sanitária por meio da emergência de movimentos sociais que lutavam por direitos de grupos minoritários. Na década de 1980, o direito à saúde instituído por meio da Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a manifestação do vírus da imunodeficiência humana (HIV)/Aids configuraram-se elementos essenciais para a conquista de políticas públicas, programas e cuidados individuais à saúde trans.

Considerando que o cuidado de saúde valoriza os sujeitos em suas peculiaridades para elaboração de estratégias e intervenções de saúde qualitativas e individualizadas, o público transgênero demanda acompanhamento clínico, para a avaliação dos efeitos da utilização de hormônios, por exemplo, e acompanhamento psicológico para o diagnóstico da “disforia de gênero” necessário para a introdução ao Processo Transsexualizador (PrTr), para lidar com as mudanças corporais causadas pela hormonioterapia ou para ajudar o indivíduo a lidar ou prevenir possíveis transtornos mentais originados pela discriminação.

Contudo, técnicas e procedimentos especializados apenas serão possíveis se no contato inicial com o usuário, preferencialmente, na atenção básica, o acolhimento, a escuta ativa, o respeito as individualidades e a ética forem executados adequadamente, constituindo aspectos do cuidado humanizado. Assim, a humanização na saúde não é um processo estagnado mas sim uma construção gradativa e passiva de mudanças que valoriza os indivíduos, suas experiências e modificações, objetivando ofertar um cuidado individual, integral e qualitativo.

A humanização passou a ser pauta na década de 90 com a implantação do SUS. As pessoas trans que buscavam os serviços de saúde para prevenção do HIV/aids deparavam-se com um modelo assistencial de baixa qualidade, o que instigou os movimentos sociais a reivindicarem a humanização da assistência de saúde. No Brasil, a humanização da assistência de saúde se institucionaliza através da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, publicada em 2003 detendo a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos como princípios norteadores.

A PNH incentiva a conversação entre os agentes promotores da saúde a fim de estruturar “o enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si”. Entretanto o preconceito, a discriminação, a invisibilidade social e a privação de direitos à comunidade trans, infelizmente, ainda reverberam nos cuidados de saúde estimulando a perpetuação de barreiras à integralidade e a implementação de uma assistência de saúde humanizada, associada a um contexto maior de violência estrutural que gera pobreza, baixa escolaridade e desemprego.

1.1 PROBLEMA

Quais são as barreiras à implementação da humanização nos cuidados de saúde de travestis e transexuais?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Identificar, de acordo com a literatura científica, as barreiras à implementação da humanização nos cuidados em saúde de Travestis e Transexuais na Rede de Atenção à Saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as principais barreiras à implementação da humanização nos cuidados em saúde de travestis e transexuais na Rede de Atenção à Saúde;
- Identificar a qualificação dos profissionais de saúde quanto ao público TT;
- Identificar as principais demandas de saúde, de acordo com a literatura.

1.3 JUSTIFICATIVA

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS), conquistado através da luta de movimentos sociais estruturados na Reforma Sanitária, traduz-se na conquista do acesso de saúde universalizado no país, quando os serviços de saúde reproduzem a discriminação contra pessoas TT, as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, adotadas pelo sistema são desrespeitadas. Assim, imensos desafios para a implementação e regulamentação dos princípios do SUS são revelados (PAIM, 2009).

Além disso, com relação a equidade, ao se tratar de minorias historicamente discriminadas, tais desafios tornam-se ainda mais evidentes (MS, 2015; LIONÇO, 2009). Ressaltando que igualdade e equidade não são sinônimos, já que a igualdade promove a manutenção das desigualdades e o efeito de negação das singularidades dos sujeitos que necessitam atenção específica e individualizada (PAIM; SILVA, 2012; PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019), Paim & Silva (2010, p 4), afirmam que “a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade”.

Portanto, as particularidades do grupo TT demandam cuidados específicos de saúde, contudo, por influência da aversão ao distinto, gerada pelo preconceito, discriminação, intolerância e estigmatização que impõe barreiras sociais, econômicas, educacionais, culturais e à saúde de pessoas transexuais e travestis, produzindo, assim, vulnerabilidades e exposição dos sujeitos ao processo de marginalização, há um distanciamento preocupante desse contingente populacional dos serviços de saúde (SILVA et al, 2017).

O atendimento desumanizado ao público transgênero constitui-se, atualmente, uma das principais barreiras ao acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e detém relevância na descontinuidade de tratamentos por estimular o afastamento dos usuários (PEREIRA, 2016).

Nesse contexto, em decorrência do atendimento de saúde desumanizado, o interesse pela identificação, dentro da literatura, da humanização nos cuidados de saúde direcionados ao público trans surgiu.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEXO, GÊNERO, IDENTIDADE E EXPRESSÃO DE GÊNERO

O sexo biológico consiste em um conjunto de características fenotípicas e genotípicas do ser humano, como os órgãos genitais e os genes, respectivamente, que determinam o homem e a mulher, o macho e a fêmea (CPDS, 2014). Em obra publicada em 2010 abordando as diversidades sexuais, o Ministério da Saúde (MS) menciona a existência de apenas dois sexos a partir da associação dos cromossomos X e Y: o macho (XY) e a fêmea (XX). Entretanto, ressalta que a rigorosa segmentação dos sexos é controversa visto que nem mesmo a natureza segue um perfeito padrão de divisão, fato evidenciado pela existência de sujeitos intersexuais ou hermafroditas.

Conforme o desenvolvimento da hierarquia de poder dentro da sociedade instalada pela relação interpessoal, ferramenta estabelecadora do convívio a partir da normatização de condutas ou comportamentos, o nível de relevância social de cada indivíduo determinou-se pelo sexo biológico exposto, favorecendo as desigualdades, onde, segundo Ferreira et al (2017, p 1024) “a mulher ou o que se configura feminino permaneça, quase sempre, em uma posição subalterna na organização da vida social”. A partir desse cenário, na década de 70, por influência dos movimentos feministas na luta pela igualdade social, a expressão “gênero” emergiu (FOUCAULT, 1988; COSTA, MADEIRA E SILVEIRA, 2012).

O gênero é socialmente construído e independe de características biológicas. Possuindo um papel, o termo apresenta um determinado comportamento sociocultural historicamente delineado, ou seja, é o comportamento masculino ou feminino esperado pela sociedade (CPDS, 2014). Para Connell (2016, p 34) o gênero:

(...) não envolve um diálogo, exterior ao tempo, entre o biológico e o simbólico. Envolve um vasto processo formativo na história ao mesmo tempo criativo e violento, no qual os corpos e culturas estão igualmente em jogo e são constantemente transformados, às vezes até a sua destruição.

Na vertente do gênero existe a expressão e a identidade de gênero. Conforme o Guia de Referência de Mídia da organização não-governamental estadunidense *Gay & Lesbian Alliance Against Defamation* (2016, p. 10) a expressão de gênero configura-se como:

Manifestações externas de gênero, expressas através do nome de uma pessoa, pronomes, roupas, corte de cabelo, comportamento, voz e/ou características corporais. A sociedade identifica essas pistas como masculinas e femininas, embora o que é considerado masculino ou feminino modifica-se ao longo do tempo e varia de acordo com a cultura.

A identidade de gênero é sociologicamente definida pelo Ministério da Saúde (2010a, p 17) como uma agregação de elementos compositores da enigmática determinação do “eu”, caracterizada pela perspectiva particular dos sujeitos sobre si mesmos e seus comportamentos e pela perspectiva coletiva, ou seja, a forma como os demais indivíduos os visualizam e tratam.

Planejando a garantia da identidade de gênero como um direito livre de estigmatização e motivado pelo cenário brasileiro de violência e marginalização ao qual os transexuais e travestis são submetidos, o Projeto de Lei 5002/2013, também conhecido como Projeto de Lei João W. Nery em homenagem ao primeiro homem trans brasileiro, foi criado pelo ex deputado Jean Wyllys e a deputada Érika Kokay. Contudo, analisando o retrocesso e o conservadorismo adotados atualmente no âmbito político brasileiro, em 31/01/2019 o PL foi arquivado pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2019).

2.2 TRANSEXUALIDADE E A TRAVESTILIDADE

A transexualidade e a travestilidade são terminologias distintas mas que se assemelham ao serem englobadas pela transgeneridade, termo referente a não concordância entre a identificação ou expressão de gênero com o sexo biológico relacionado, ou não, ao desejo de readequação sexual (CORTES, 2018).

A transexualidade diz respeito ao indivíduo que, por meio de terapias hormonais e, geralmente, procedimentos cirúrgicos, modifica-se fisicamente para se adequar à identidade de gênero que possui, originado, assim, o homem trans ou a mulher trans. O sujeito que nasceu como mulher mas identifica-se com o gênero masculino, passando pelo processo transexualizador para a readequação sexual, caracteriza o homem trans, tal condição também aplica-se à mulher trans, pessoa que nasceu como homem, entretanto, identifica-se com o gênero feminino (BRASIL, 2015).

Dessemelhante às mulheres trans, as travestis não querem ser reconhecidas como mulheres travestis, de acordo com o MS (2015, p 11), “elas reivindicam, sim, o respeito a suas vivências e individualidades, bem como o viver no gênero feminino, assim como o direito de

serem respeitadas suas identidades de gêneros dentro desse universo feminino”. Segundo informações contidas na cartilha “Diversidade sexual e cidadania LGBT” (2014, p 13) elaborada pela Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual do Governo do Estado de São Paulo, travesti é a “pessoa que nasce com sexo masculino e tem identidade de gênero feminina, assumindo papéis de gênero diferentes daqueles impostos pela sociedade”.

Marjorie Marchi, fundadora e ex-presidente da Associação das Travestis e Transexuais do Rio de Janeiro, por meio da obra “Psicologia e Diversidade Sexual: Desafios para uma sociedade de direitos” do Conselho Federal de Psicologia (2011, p 74), afirma que a travestilidade:

É um desmontar, um transitar entre gêneros. Obviamente, eu digo que travesti não é homem e travesti não é mulher. Travesti é travesti. Travesti é uma identidade única, formulada dentro de uma criação masculina, somada, em determinado momento, a uma criação feminina.

No Brasil o aparecimento inicial da população trans, que corresponde aos transexuais e travestis, não é fidedignamente conhecido. Acredita-se que a população trans originou-se nos espetáculos teatrais, nas décadas de 60 e 70. Entre os anos 70 e 80 tem-se registros mais amplos da existência desses indivíduos que migravam para Paris em busca de fama e fortuna e acabavam trabalhando com a prostituição (MS, 2015).

Entre os anos 80 e 90 inicia-se o processo de patologização da transexualidade. Aprovada em 1989 pela Conferência Internacional para a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, a CID-10, que entrou em vigor somente em 1993, determinou que a transexualidade, até então referida como “transexualismo”, correspondia a um desarranjo mental nomeado Transtorno de Identidade de Gênero (BRASIL, 2008; OMS, 1997).

O termo detentor do sufixo “ismo”, que caracteriza uma condição patológica, foi sucedido por Transtorno de Identidade de Gênero em 1994, a partir da publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais DSM IV (DIETER, 2012; ASSOCIATION, 2002). A travestilidade, anteriormente nomeada como “travestismo”, além de ser encarada como enfermidade pela medicina, era/é também vinculada à depravação social ou à manifestação artística (BRASIL, 2015; MARCHI, 2011).

A patologização da identidade trans evidencia um passado marcado pelo preconceito, discriminação e violência que ainda se reproduz na atualidade, isso porque, segundo o Ministério da Saúde (2015, p 6):

(...) essa população ostenta uma identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões heteronormativos, em que homem é homem e mulher é mulher, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento. No caso de trans, esse estranhamento se traduz em assassinato dessa população.

Liderando o ranking de violência contra pessoas trans, o Brasil, considerando a quantidade de pessoas transgênero e de notificações de casos, detém 41% de todos os casos de assassinatos de transexuais e travestis do mundo. Em 2018, o Rio de Janeiro, com 16 assassinatos, foi o estado com o maior número de casos de morte por transfobia. O estado do Tocantins ficou entre os estados que menos apresentaram casos notificados e no ranking de assassinatos por proporção a população trans, posicionou-se em 17º lugar (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

A violência física é apenas mais um dos riscos a quais transexuais e travestis estão sujeitos por sofrerem com o abandono e marginalização social no país. Além disso, uma relevante quantidade de pessoas trans “vive em condições de miséria e exclusão social, sem acesso à educação, saúde, qualificação profissional, oportunidade de inclusão no mercado de trabalho formal e políticas públicas que considerem suas demandas específicas” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019, p 4).

Considerando a discriminação e a invisibilidade social de TT que se projeta para os demais campos compositores da sociedade, Marchi (2011), incita a segregação do movimento LGBT já que as demandas associadas à orientação sexual detém maior evidência, segundo a autora, a travestilidade, a transexualidade e a homossexualidade “são fatores diferenciados, com origens diferenciadas, com implicações sociais diferenciadas e que precisam de tratamento e entendimento diferenciados” (2011, p 69).

2.3 A LUTA PELA SAÚDE

2.3.1 Do direito a saúde à conquista do Processo Transexualizador

Na década de 70, com o processo de redemocratização do Brasil, tem-se a emergência de movimentos sociais que possuía como objetivo elementar a defesa e a garantia do direito à liberdade de expressão da diversidade bem como o agrupamento de sujeitos que se identificavam com a causa por deterem identidades, sexuais ou de gênero, distintas da heteronormatividade (FACCHINI, 2003).

Desta forma, a luta dos movimentos sociais associada à epidemia de HIV/Aids na década de 80 no país, possibilitaram a expansão da visibilidade LGBT no âmbito da saúde. Como consequência da alta incidência de casos entre gays e travestis, a sociedade os encarou, erroneamente, como os únicos passíveis de portar a doença e a Aids passou a ser intitulada como “peste gay” ou “câncer gay”, produzindo um ambiente ainda mais repressor aos LGBT (SOUZA, SANTOS e OLIVEIRA, 2015).

Tal situação exigiu intervenções que viabilizaram a parceria entre o Governo e a representatividade social deste grupo na prevenção contra a aids proporcionando, assim, avanços na saúde brasileira e tentativas de enfrentamento aos estigmas e preconceitos lançados à comunidade LGBT (FACCHINI, 2003). Segundo o MS (2011), atualmente abordando a homossexualidade como pauta política e afiliando lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, o Grupo Somos foi um dos principais vanguardistas da luta LGBT.

Durante a evolução do combate à aids o movimento adquiriu expressividade, entretanto, acarretava a não representatividade de todo o grupo LGBT como problemática pois, inicialmente, lutava pelas demandas dos homossexuais masculinos não abrangendo eficazmente a homossexualidade feminina ou os transexuais e travestis, o que gerou afastamento das demandas deste contingente do processo de visibilidade (Brasil, 2011).

Na década de 90, a união dos indivíduos travestis resultou na criação da Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro – ATRAV, sendo a primeira entidade a oportunizar as necessidades de saúde das travestis e que posteriormente ampliou sua abrangência ao público transexual. Nesse período também se estabeleceu proximidade e inclusão das mulheres lésbicas e bissexuais ao movimento feminista (BRASIL, 2013a).

Com a finalidade de promover a qualidade de vida LGBT bem como a redução de suas vulnerabilidades, o Governo fundou o Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da cidadania Homossexual em 2004, visando estabelecer “recomendações aos distintos setores do governo, no intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos” (BRASIL, 2011, p 11).

Ainda em 2004, pelo Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT foi constituído e em 2011 foi redefinido mediante Portaria nº 2837/GM/MS, de 01 de dezembro, que de acordo com o MS (2011, art. 2) dispõe cinco competências ao CTSLGBT:

[Art. 2º, I] acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; [Art. 2º, II] apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; [Art. 2º, III] contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS); [Art. 2º, IV] contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e [Art. 2º, V] participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

A representação do segmento LGBT, conquistada em 2006, no Conselho Nacional de Saúde (CNS) conferiu uma inédita significância na atuação democrática no Sistema Único de Saúde (SUS) por parte do movimento e, considerando a orientação sexual e a identidade de gênero, fomentou e motivou, de maneira estratégica e continuada, discussões sobre as temáticas que, a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, foram incorporados à análise da determinação social da saúde (MS, 2011).

Em 2008, a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi realizada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, com a temática “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania LGBT” estimulando o debate das necessidades dessa população e dos princípios da Política LGBT (BRASIL, 2011). Nesse mesmo ano, o Processo Transsexualizador (PrTr) foi implantado no SUS por meio da portaria nº 457 de 19 de agosto (MS, 2008).

Em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi aprovada no CNS e publicada em 2011. Em 2013, a partir da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde publicada em 2006, o Nome Social passou a incorporar o Cartão do SUS e, por meio da Portaria nº 2803 de 19 de novembro, ampliou-se o PrTr no SUS (MS, 2013a).

2.4 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRANSGÊNEROS

Com a epidemia da AIDS, em 1980, a busca pelos serviços de saúde tornou-se recorrente por parte dos indivíduos trans como forma de prevenção à doença. Três décadas após a emergência do HIV/AIDS, por meio das lutas dos movimentos sociais em prol das

minorias, os transexuais conquistaram a ampliação do acesso aos serviços de saúde e ao Processo Transexualizador (BRASIL, 2015).

Segundo Andrade e Andrade (2017, p.233), o Processo Transexualizador representa:

(...) um complexo de expedientes assistenciais do Sistema Único de Saúde, direcionada à atenção e ao cuidado de transexuais e travestis que tenham o desejo de realizar mudanças corporais através da adequação da aparência física e da função de suas características sexuais, conforme sua identidade de gênero.

O PrTr, baseado no modelo biomédico, foi implantado no SUS em 2008, inicialmente, por meio da Portaria nº 1.707/GM/MS de 18 de agosto e da Portaria nº 457/SAS/MS de 19 de agosto, ambas pautavam-se na habilitação de serviços e procedimentos hospitalares. Com o aumento das demandas pela ampliação do serviço especializado e pelo atendimento livre de discriminação solicitada pelo Movimento LGBT, o MS, através da Portaria nº 859 de 30 de julho de 2013, lançou a revisão dos cuidados oferecidos na Atenção Básica e Especializada, focando não apenas no procedimento de redesignação sexual mas na assistência ambulatorial também (BRASIL, 2018).

Entretanto, o PrTr demandava a materialização de protocolos clínicos de assistência, desta forma, até a definição dos protocolos necessários, a Portaria nº 859 foi substituída pela Portaria nº 1.579 de 31 de julho de 2013. Ainda em 2013, instituindo a redefinição e ampliação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS, a Portaria nº 2.803 de 19 de novembro foi, então, publicada e que, associado a Portaria nº 457/SAS/MS de 19 de agosto de 2008 regulamentam, atualmente, o processo (BRASIL, 2018).

O indivíduo trans que busque o PrTr passará por cinco etapas dentro do serviço de saúde: Acolhimento; Acompanhamento Terapêutico; Encaminhamento; Cirurgia de Transgenitalização e Atenção Continuada. O acolhimento é a primeira fase do processo, detém duração variável e engloba a avaliação inicial, executada por um profissional capacitado podendo ser um psicólogo ou outro membro da equipe multiprofissional, em uma Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, dependendo do alcance das informações necessárias, a anamnese poderá ser realizada mais de uma vez (MS, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2008, anexo III), “no caso de usuário que já esteja fazendo uso de hormônios sem acompanhamento médico, será realizado encaminhamento imediato ao médico especializado da unidade”. Além disso, o usuário que possui diagnósticos psiquiátricos e indicação psicodinâmica deverá receber um diagnóstico diferencial e para isso

será encaminhado ao médico psiquiatra. Caso não seja identificado o diagnóstico de transexualidade, o indivíduo será encaminhado ao serviço de saúde mais adequado.

Executado pela equipe multiprofissional em ambiente ambulatorial ou hospitalar capacitado, o acompanhamento terapêutico engloba três dimensões: psíquica, social e médico-biológica. Cada profissional da equipe detém atribuições, aos psicólogos e psiquiatras cabe o acompanhamento psicoterapêutico e a avaliação psicodiagnóstica. Na dimensão médico-biológica, ao médico endocrinologista fica atribuída a solicitação de exames para avaliação dos efeitos do uso da medicação para garantia da redução de danos. Ao assistente social, cabe “reconhecer a dinâmica relacional do usuário, a fim de promover estratégias de inserção social na família, no trabalho, nas instituições de ensino, e nos demais espaços sociais prementes na vida do usuário transexual” (MS, 2008).

Quanto ao encaminhamento, é seguido um fluxo determinado a partir da indicação de acompanhamento terapêutico resultante da avaliação inicial, que pode ser: “1) da atenção básica, para consulta na atenção especializada; 2) da atenção especializada, para consulta em hospital credenciado/habilitado para tal; ou 3) permanência do transexual avaliado nessa mesma Unidade”. No caso de o usuário, durante o processo de avaliação, não receba a indicação de redesignação sexual por cirurgia, o mesmo deverá prosseguir com o tratamento clínico e manter o seu atendimento na unidade de origem.

Ter no mínimo 2 anos de acompanhamento terapêutico para viabilização da cirurgia, bem como a maioridade e o “diagnóstico de transexualismo” são os critérios para a realização do procedimento cirúrgico. Assim, a hormonioterapia só poderá ser iniciada aos 18 anos de idade do usuário e a cirurgia poderá ser executado se o mesmo possuir a partir de 21 anos de idade e tenha indicação específica e acompanhamento prévio de 2 anos pela equipe multiprofissional no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador.

Por causa do uso contínuo da hormonoterapia mesmo após o procedimento cirúrgico, o PrTr exige a atenção continuada da unidade para com o usuário transexual operado. O intervalo entre os exames realizados deve ser de no máximo um ano para prevenção ou diagnóstico precoce de complicações. A atenção necessária após o procedimento de readequação sexual não se limita à recuperação física pós-cirúrgica mas também a análise de como o procedimento influenciará na qualidade de vida do indivíduo (MS, 2008).

O PrTr insere-se no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)- Portaria GM/MS nº 2836 de 1º de dezembro, que dispõe, especificamente, à população trans:

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados; VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;(…) IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;(…) XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens (BRASIL, 2011, p 20-22).

2.5 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

2.5.1 Aspectos conceituais

A conceitualização de humanização emerge, segundo Vaitsman e Andrade (2005, p 608), “como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos – expressos individual e socialmente – e referidos a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos”. No âmbito da saúde, humanizar dispõe de múltiplos sentidos que perpassam pelo campo político, social, cultural, ético e econômico, dessa forma a palavra passa a ser categorizada como polissêmica, característica reveladora de sua virtude mas que propicia conceitos fragilizados (CARNEIRO, LANDIM E GUIMARÃES, 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (2013, p 4):

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Para Carneiro, Landim e Guimarães (2016, p 194) “a humanização em saúde envolve transformações profundas nas práticas sanitárias, tanto no âmbito de gestão quanto da atenção, apontando a necessidade de democratização das relações entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado”. As afirmações evidenciam o caráter crítico da definição de humanização na saúde em contrapartida ao conceito tradicional da palavra que, etimologicamente, relaciona-se à ação de ser humano ou tornar-se humano, configurando-o como detentor e difusor da benevolência, sociabilidade, amabilidade e tolerabilidade (HOUAISS, 2001).

2.5.2 Aspectos históricos

No Brasil, a humanização como pauta surgiu em consonância com a Reforma Sanitária. Com o agravamento da crise da saúde e a emergência da epidemia de HIV/Aids nos anos 80, o foco do movimento sanitário tornou-se o direito a saúde que materializou-se em 1988 a partir da Constituição Federal que também viabilizou a criação do Sistema Único de Saúde (ESCOREL, 2014). Na década de 90, o SUS iniciou seu processo de implementação, entretanto, o padrão de assistência ofertado nos serviços de saúde permanecia influenciado pelo modelo biomédico, inviabilizando a efetivação da universalidade, equidade e integralidade como o conjunto de princípios norteadores dos serviços públicos de saúde (PAIM, 2008; ESCOREL, 2014).

A desvalorização das relações interpessoais na construção do cuidado empregada pelo modelo biomédico estimulou os movimentos sociais, especialmente o feminismo, a reivindicar a melhoria da relação profissional/paciente por meio do respeito, sigilo das informações e a concordância do paciente com os procedimentos técnicos com ele realizados, originando a formação da conceitualização da humanização na saúde (CARNEIRO, LANDIM E GUIMARÃES, 2016; VAITSMAN, ANDRADE, 2005). Em 2000, pretendendo intervir nas agendas das políticas públicas, o Conselho Nacional de Saúde aborda o tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” por meio da XI Conferência Nacional de Saúde (BENEVIDES E PASSOS, 2005). Nos dois anos que se seguiram (2000-2002) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) criado pelo Ministério da Saúde propôs e implantou ações qualificativas aos serviços ofertados pelos hospitais públicos brasileiros objetivando a melhoria da assistência de saúde por meio do aprimoramento da relação profissional/usuário, profissional/profissional e hospital/comunidade (BRASIL, 2001).

Além da PNHAH, entre os anos de 1999 e 2002, o Ministério da Saúde propôs outras ações e Programas destinados à área da humanização que, de acordo com Benevides e Passos (2005, p 2), se configurava por meio do “debate sobre busca da qualidade na atenção ao usuário”. Assim, em 1999, a Carta ao Usuário, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH e Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde foram instalados. Seguindo com a instauração do Programa de Acreditação Hospitalar e Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência

Hospitalar nos dois anos seguintes, além de programas destinados ao campo neonatal e obstétrico bem como àqueles que abordam a humanização de forma não central. Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) é criada com a finalidade de efetuar o cuidado de saúde universal, integral e equânime pregado pelo SUS (BENEVIDES E PASSOS, 2005; BRASIL, 2013b).

2.5.3A humanização enquanto política pública

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, foi lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o intuito de modificar a gestão e a assistência de saúde por meio da consumação dos princípios do SUS, estruturando-se por meio de quatro componentes: método, princípios, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2013b).

A PNH sugere a articulação e a integração dos agentes promotores de saúde, dos fenômenos acolhedores e potencializadores das modificações dos padrões de assistência e gerenciamento tradicionais, e da coletividade como método implementador da humanização nos serviços, caracterizando o que o Ministério da Saúde (2010) define como Método de Tríplex Inclusão, executados mediante grupos de conversa avaliação de conflitos pela coletividade e estímulo das redes, respectivamente.

Segundo MS (2013b, p 3), a Política Nacional de Humanização fomenta:

A comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Como princípios norteadores, a PNH apresenta: a transversalidade, referente à sua inserção e presença em todas as políticas e programas do SUS bem como à expansão do nível de proximidade e comunicação entre os indivíduos e associações; a indissociabilidade entre atenção e gestão, determinada pela modificação do cuidado indissociável da modificação do gerenciamento e apropriação do trabalho tal como a “inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos e integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho” (MS, 2010, p 23); e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia

dos sujeitos e dos coletivos, compreendendo que a efetividade das mudanças é potencializada com a participação e reconhecimento dos sujeitos e grupos (MS, 2013b).

As orientações gerais que perpassam pelo campo clínico, ético e político da PNH configuram-se como suas diretrizes. Diante disso, o método de inclusão é expresso em suas diretrizes nas vertentes: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (MS, 2013b). Acolher consiste em considerar as percepções, as singularidades e as necessidades dos sujeitos para a construção coletiva da relação de confiabilidade e o estabelecimento do vínculo entre os usuários, profissionais e os serviços de saúde (MS, 2013b).

O acolhimento é uma das ferramentas relacionais de maior relevância dentro da Rede de Atenção a Saúde, especialmente, nas portas de entrada ao sistema. Assim, pode-se compreender, a partir das definições mencionadas anteriormente, que o acolhimento viabiliza o estabelecimento de um ambiente positivo e acolhedor, aspectos caracterizadores da ambiência. A ambiência, conforme o MS (2013b, p 9), significa “criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas”.

A execução de um acolhimento adequado e a criação de locais propiciadores da saúde exige a presença de profissionais competentes e valorizados por meio da participação nas decisões tomadas e na confiança em sua qualificação de investigação, determinação e classificação dos processos de trabalho, dessa forma, a PNH prega a valorização do trabalhador como uma de suas diretrizes. A clínica ampliada e compartilhada associa os aspectos teóricos e práticos para contribuição no manejo clínico do processo de adoecimento e os fatores desencadeados por ele, valorizando a individualidade dos usuários, a complexidade das variáveis que envolvem a saúde e viabilizando o compartilhamento de informações entre as equipes de forma a garantir a assistência integral e continuada (MS, 2013b).

A gestão participativa e cogestão, de acordo com MS (2013b, p 8) manifesta-se por meio da:

Inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

A junção das diretrizes mencionadas anteriormente favorece a criação de um espaço que visa, dentre outros, a Defesa dos Direitos dos Usuários, sendo essa mais uma das diretrizes da PNH. A Saúde é um direito garantido pela constituição federal de 1988 que abrange diversos outros direitos garantidos por leis e políticas públicas nas quais a difusão de suas informações aos usuários e a garantia da efetivação compete aos serviços de saúde (CRFB, 1988; MS, 2013b). Quanto aos dispositivos, o MS (2010b, p 26) os conceitua como “a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho” sendo o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH) e Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, exemplos de dispositivos da PNH.

2.6 A SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS E O CUIDADO HUMANIZADO

2.6.1 Aspectos conceituais do cuidado humanizado

O cuidado em saúde, segundo Pinheiro (2008, p 112) é “uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’”. Na saúde, o direito de ser se expressa através da atenção e respeito pelas individualidades dos sujeitos, ou seja, ter “cuidado” com as particularidades dos indivíduos considerando-os não apenas portadores de patologias mas sim de carências singulares (PINHEIRO, 2008).

Para Waldow e Borges (2011), a humanização detém o mesmo significado que o cuidado já que “humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis”.

Em outros casos, o cuidado é compreendido como um ato influenciado pela humanização, ou seja, é uma consequência da humanização, sendo a última, a responsável pela qualificação do cuidado prestado (WALDOW E BORGES, 2011). Segundo Mongiovi et al. (2014), a fragilização das definições de humanização complexifica a clareza do ponto central e abrangência nos serviços de saúde implicando na dificuldade de sistematizá-la.

Ao pesquisar cuidado de saúde no vocabulário multilíngue DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, o descritor apresentado é “assistência à saúde” e o cuidado aparece como um de seus sinônimos. Além disso, no site não existe “cuidado humanizado” ou “humanização do cuidado” como descritores e sim “humanização da assistência”. Dessa

forma, nesta pesquisa, cuidado e assistência terão significados equivalentes e será considerado o conceito dado pelo DeCS (2017, p 1), no qual a humanização da assistência:

(...) parte do princípio de que para melhorar qualidade da assistência não basta apenas investir em equipamentos e tecnologia. O tratamento se torna mais eficaz quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde. Em contrapartida, também se faz necessária a humanização das condições de trabalho destes profissionais. Os funcionários que se sentem respeitados pela instituição prestam atendimento mais eficiente.

2.6.2A saúde de travestis e transexuais

Segundo o conceito apresentado em 1946 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o bem-estar físico, mental e social, em sua condição absoluta, definem a saúde. Saúde, em seu conceito amplo determinado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, vai além da condição de ausência de patologia, ela une fatores condicionantes e determinantes que promovem um conjunto de aspectos positivos à vida dos indivíduos, perpassando pelo campo biopsicossocial.

É válido ressaltar aqui que a saúde não atua centralizada na patologia dos sujeitos, técnicas e procedimentos, ela influencia e é influenciada pelos demais campos que compõe a sociedade, dessa forma, todos os elementos que afetam a vida dos indivíduos positivamente ou negativamente a envolvem. Possuir condições de vida básicas como moradia, emprego, segurança, acesso à educação e ao sistema de saúde, por exemplo, são de extrema importância no processo saúde/doença, mas não se constitui uma realidade no cotidiano de transexuais e travestis que, em sua maioria, encontra-se em situação de vulnerabilidade.

A transfobia e, conseqüentemente, a marginalização social originam fatores prejudiciais à saúde de pessoas TT, sendo eles a violência física e psicológica, o risco para IST, a utilização indiscriminada de hormônios e silicone industrial, a discriminação institucional nas RAS e a privação de direitos (MS, 2015). Analisando as características de casos de violência expostos pela mídia, constata-se que a violência proferida às travestis e transexuais pode partir da própria família ou da coletividade, sendo a violência física evidenciada pela alta taxa de tentativas e consumação de assassinatos desse segmento populacional e a violência psicológica, uma das maiores e mais relevantes causas de transtornos mentais e tentativas de suicídio (CARDOSO e FERRO, 2012).

Além disso, ao se pensar nas demandas TT o estigma das IST e prostituição emergem. De fato, ambos estão presentes no cotidiano de travestis e transexuais de maneira direta ou indireta. O risco para o desenvolvimento de IST constitui-se uma das principais demandas trabalhadas pelo sistema público de saúde e, até mesmo, as políticas de saúde objetivam preveni-las, especialmente, o HIV/AIDS (MONTEIRO e BRIGEIRO, 2019).

A maior suscetibilidade às IST está relacionada ao trabalho sexual no qual muitos sujeitos TT visualizam um meio de sobrevivência. A prostituição associada à necessidade da readequação de gênero pode provocar a utilização de procedimentos prejudiciais à saúde para adquirir características do gênero no qual o sujeito se identifica, como hormônios e silicone industrial, ambos representam um transtorno, no Brasil, existente desde a década de 80 (MS, 2015).

A utilização indiscriminada de hormônios também está relacionada a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e é recorrente entre as travestis e mulheres trans. A utilização de hormônios necessita de acompanhamento de saúde, contudo, por meio da pesquisa “Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro” realizada por Krüger et al. (2019), esse grupo se automedica por meio da utilização de uma combinação de hormônios que, geralmente, são o estrogênio e a progesterona, comprados diretamente nas farmácias e, no caso de hormônios injetáveis, são aplicados pelos próprios atendentes de farmácia.

Para o início da readequação sexual por meio do Processo Transexualizador, necessita-se que o sujeito tenha o diagnóstico de disforia de gênero. O processo de diagnóstico tem por finalidade a proteção do usuário e a prevenção de arrependimentos posteriores. Entretanto, segundo Rocon et al. (2017, p 48) “o diagnóstico tem tornado seletivo o acesso a serviços de saúde com potencialidade para promover e proteger a saúde da população trans de forma universal”.

Além do diagnóstico, a desigualdade no acesso é evidenciada por Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) em seu estudo sobre “A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios” que revela a maior concentração de procedimentos hospitalares autorizados pelo SUS no sudeste, sul e centro-oeste brasileiros. O estudo também evidencia que o Estado do Tocantins, no período de 2008 a 2016, foi o único estado da região norte a ter Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS).

Desse modo, a transição de gênero também constitui-se uma das principais demandas de saúde TT pois envolve questões sobre o acesso ao PrTr, hormonioterapia sem acompanhamento de saúde e, no caso das travestis e mulheres trans, a utilização de silicone industrial para o ganho rápido de características femininas. Além disso, ressalta-se aqui a grande influência do preconceito, da discriminação e invisibilidade social como responsáveis pela gênese dos diversos problemas mencionados anteriormente e quando presentes nos serviços de saúde têm como consequência a privação de direitos e a assistência/cuidado desumanizado.

2.6.3O acolhimento como ferramenta da humanização no cuidado de saúde trans e o despreparo profissional

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de humanização e representa uma ação promotora da expansão do acesso aos serviços de saúde (MS, 2010a). O Ministério da Saúde (2010b) afirma que, dentre as diretrizes dispostas na PNH, o acolhimento constitui-se a detentora de maior relevância por influenciar a ética, a estética e a política do SUS, favorecendo a estruturação do vínculo seguro e engajado entre as equipes, serviços e usuários e colaborando na produção da interdependência e efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Além disso, o acolhimento é um fator determinante no retorno do indivíduo TT ou os LGBT em geral, aos serviços de saúde, especialmente, na Atenção Básica. Acolher sem julgamentos ou juízo de valores promove o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário (MS, 2013b). A partir de tal informação, entende-se que um acolhimento não qualitativo provocará o afastamento do usuário, o expondo a vulnerabilidades pela falta de procura por assistência de saúde e como consequência, o aumento do número de casos de doenças.

É importante lembrar que a comunidade TT, utiliza, essencialmente, a Atenção Básica e a Atenção Especializada, de forma que o acolhimento se faz importante em ambas, sendo primordial na AB por ser a porta de entrada para os demais serviços e é o lugar onde o primeiro contato definidor da relação profissional-usuário se estabelece. Assim, segundo Gomes (2019), os desafios no acesso à porta de entrada dos serviços de saúde envolve o acolhimento em decorrência da infração do direito ao uso do nome social do usuário.

O uso do nome social é um direito garantido desde 2007 a partir da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (MS, 2007) e conforme parágrafo único, inciso I da portaria nº 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a:

“identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.” (MS,2009)

Para os sujeitos TT, o nome social é um dos componentes da readequação de gênero e sua utilização no sistema de saúde associada ao respeito e ética dos profissionais ao optarem por usá-lo, segundo Silva et al. (2017, p 837-838), evita que situações constrangedoras desenvolvam barreiras no “acesso aos serviços ofertados, reafirma o compromisso de universalidade e equidade do SUS, extinguindo a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular uma cultura de respeito às diversidades”.

O reconhecimento, a compreensão e o respeito sentidos pelo indivíduo TT no momento que os profissionais adotam o seu nome social o estimula a buscar os serviços (SILVA et al., 2017). Os profissionais inserem-se em uma equipe caracterizada pela multidisciplinaridade e precisam, além da capacitação técnica, estar livres de preconceitos e juízo de valores para ofertar um atendimento integral que suprima as demandas dos sujeitos travestis e transexual (GOMES, 2019).

A desqualificação profissional evidenciada por Silva et al. (2017) e Gomes (2019) proporcionada pela falta de conhecimento sobre gênero expõem a invisibilidade social sofrida pelo segmento TT. Silva et al. (2016) explicita que a falta de conhecimento sobre sexualidade e gênero leva ao distanciamento da assistência de saúde integral, podendo gerar preconceito e discriminação institucionais. Conforme o MS (2015) e Gomes (2019), o desacato ao direito do uso do nome social é uma realidade notória que desumaniza a assistência de saúde e inviabiliza a implementação efetiva da PNH, nessa conformidade, ao negar um direito os profissionais de saúde evidenciam sua desqualificação.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo, adotando como método a pesquisa bibliográfica, dispendo como a unidade de análise do estudo a humanização dos cuidados de saúde de travestis e transexuais por meio de artigos, livros, obras do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, dissertações e outros, por serem compatíveis com a temática.

Considerando que o campo social e o da saúde estão em um trajeto de constante mudança, exercendo influência entre si por meio dos agentes que os compõem, os seres humanos, torna-se necessário valorizar a percepção dos sujeitos sociais, enquanto usuários, como método de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

A subjetividade dos indivíduos como fonte de informações para estruturação e melhoria da RAS é melhor analisada pela pesquisa qualitativa. Segundo Deslandes (2002) as indagações que a pesquisa qualitativa responde são caracterizadas pela particularidade, assim, no envolvimento com as ciências sociais, ela se atenta a aspectos das vivências das pessoas que a quantificação não é capaz de observar.

Para Gil (2002), a pesquisa exploratória possibilita ao investigador o desenvolvimento do entendimento a cerca de um dado problema e, conseqüente, evidenciá-lo ou elaborar hipóteses, objetivando aperfeiçoar ideias ou desvendar pressentimentos, geralmente, por meio da sondagem das publicações científicas pertinentes e avaliação de exemplos facilitadores para compreensão.

Quanto a pesquisa descritiva, descrever as particularidades de um segmento populacional definido, fenômeno ou demonstrar a associação entre as variáveis configuram o objetivo central desse tipo de investigação que detém a aplicação de questionários e a observação sistemática como propriedades mais relevantes. Agregadas a esse modelo estão as pesquisas que possuem como propósito “levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2002, p 42).

Com base nos procedimentos técnicos utilizados, utilizou-se a Pesquisa Bibliográfica que, segundo Lima e Mioto (2007, p 38), “implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo”. Por ser uma pesquisa que utiliza dados secundários, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada.

A pesquisa foi executada através de buscas via aparelho eletrônico (celular e notebook) na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Libraly Online (SciELO) e

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores: humanização, cuidado em saúde, travestis e transexuais, entre os meses de Fevereiro a Maio de 2020.

Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: materiais relacionados ao tema, materiais disponibilizados na íntegra, do período 2010 a 2020, disponíveis no idioma português. Foram excluídos os materiais bibliográficos que não estão disponibilizados na íntegra, artigos repetidos que já tenham sido citados em outra base de dados, disponíveis somente em outros idiomas e fora do período de 2010 a 2020.

O processo para a coleta de dados foi dividido em quatro etapas: identificação, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, análise e inclusão. Assim, na primeira etapa, a pesquisadora realizou a busca dos textos nas bases de dados adequadas. Na segunda etapa, aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão para a organização adequada do conjunto de dados identificados. Na terceira, analisou-se a concordância entre o problema da pesquisa e as respostas presentes no material bibliográfico encontrado. Após a leitura minuciosa da literatura pertinente, a quarta etapa, denominada inclusão, foi efetuada.

A população foi composta por 206 artigos encontrados nas bases de dados, sendo: 58 no SciELO, 118 no LILACS e 30 no BDENF. A amostra foi fixada em 15 artigos que abrangem os objetivos do estudo e atendem aos critérios de inclusão e exclusão, sendo 11 achados no SciELO, 2 no LILACS e 2 no BDENF. Considerando que o número de artigos relacionados as pessoas TT é escasso e que o grupo compõe a comunidade LGBT, artigos que abordam toda a comunidade foram incorporados. Objetivando a análise e a interpretação precisa, os resultados obtidos foram avaliados de acordo com a literatura pertinente e dispostos de maneira descritiva e tabular por meio de quadros e tabelas que beneficie a assimilação das informações pelo leitor.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a introdução da análise da amostra de estudo, optou-se pela utilização de um quadro dividido em seis colunas classificatórias: título do material bibliográfico, autores, ano, base de dados, objetivos e principais considerações, para melhor organização da literatura selecionada.

Quadro 1-Demonstrativo em ordem cronológica decrescente, entre os anos de 2020 a 2010, das produções literárias sobre a temática de humanização nos cuidados de saúde de travestis e transexuais.

Título do material bibliográfico	Nomes dos autores	Ano	Base de dados	Objetivos	Considerações principais
O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa	PEREIRO; CHAZAN	2019	LILACS	Exibir os resultados de uma revisão integrativa sobre o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde da atenção básica.	Por meio do estudo fica evidente a necessidade da qualificação profissional acerca das demandas de saúde TT e que tal qualificação deve ser iniciada na graduação. Além disso, o estudo aponta que o acesso das pessoas TT aos serviços de saúde é dificultada por sofrer influência de todas as dimensões.
Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da	PAULINO; RASERA; TEIXEIRA	2019	SciELO	Verificar as falas de médicas(os) da Estratégia Saúde da Família acerca do acesso e qualidade da atenção integral à saúde LGBT, avaliando como o cuidado em saúde	Amparados pelos autores do estudo contata-se que as demandas de saúde específicas da população LGBT têm sido negligenciadas pelos profissionais de saúde. Além disso, nota-se a infração do princípio

Estratégia Saúde da Família				da população LGBT é impactado por esses discursos.	equidade do SUS ao ignorar as singularidades dos sujeitos. A falta de capacitação sobre as demandas de saúde LGBT é utilizada como desculpa para o acolhimento desqualificado empregado. A culpabilização dos usuários e a promoção da autonomia dos sujeitos como estratégia de fuga da responsabilidade enquanto profissional de saúde também foram observadas.
Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões	MONTEIRO; BRIGEIRO	2019	SciELO	Identificar as vivências de mulheres trans e das travestis no acesso aos serviços de saúde, debatendo sobre a discriminação sexual/de gênero e as demandas do grupo.	Amparados pelos autores do estudo nota-se a diminuição da discriminação sexual/de gênero, entretanto, situações constrangedoras causadas pela resistência da utilização do nome social por parte dos profissionais de saúde permanece mas não impedem a ida aos serviços. Além disso, constatou-se o progresso do conhecimento por parte das travestis e mulheres trans acerca dos seus direitos e a identificação de duas principais demandas de saúde: transição de gênero e a prevenção das IST/aids.
“Viver dignamente”: necessidades e	SOUSA E IRIART	2018	SciELO	Discutir as necessidades e demandas de saúde	Conclui-se a partir do estudo que os homens trans enfrentam o processo de

demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil.				de homens trans.	invisibilidade nos serviços de saúde, demandando, assim, estratégias de cuidado que consideram a hormonização, cirurgias e o atendimento ambulatorial.
Serviços de saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transsexuais	OLIVEIRA, et al.	2018	BDENF	A partir da perspectiva dos profissionais de saúde da Equipe Saúde da Família, analisar o acesso das pessoas LGBT às Unidades Básicas de Saúde da Família.	Concluiu-se com esse estudo que, apesar de reconhecerem a existência da pessoa LGBT, os discursos estereotipados e discriminatórios ainda são reproduzidos pelos profissionais de saúde. O problema vai além da capacitação profissional, evidenciado pelo fato de que, mesmo a maioria apresentando capacitação sobre a saúde LGBT, falas de culpabilização dos usuários pelo não acesso aos serviços de saúde e o discurso de igualdade em detrimento da equidade são observadas.
O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?	ROCON, et al.	2018	SciELO	Discutir as críticas e sugestões apresentadas por pessoas trans para garantia de seu acesso e da promoção de ações para cuidado integral de sua saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).	Por meio do estudo é possível observar que os homens trans sofrem com a invisibilidade no PrTr. Como barreiras ao acesso aos serviços destacou-se o acolhimento desumanizado materializado pela não utilização do nome social e a discriminação por parte dos profissionais de saúde. Os participantes da

					pesquisa ainda apresentaram possíveis melhorias que podem ser executadas dentro do SUS, como: o acolhimento humanizado, capacitação sobre a saúde LGBT, determinação de um dia específico para atendimento das demandas trans e a necessidade de pessoas trans atuando na saúde.
Vivências de travestis no acesso ao SUS	FERREIRA et al.	2017	SciELO	O estudo objetiva a análise e compreensão das vivências de travestis dentro da atenção em saúde no SUS na cidade de Teresina – PI.	Com base no estudo, identificou-se a discriminação/travestifobia como a principal barreira ao acesso dos serviços de saúde. O medo da violência institucional desencoraja a busca pelos serviços de saúde e expõe as travestis a agravos de saúde. O estudo ainda reconhece a necessidade de ambulatorios especializados no atendimento das demandas desse segmento populacional.
Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais	SILVA, et al.	2017	LILACS	Ressaltar o nome social como ferramenta viabilizadora do acesso ao SUS pelos TT	Evidencia a ausência de travestis e transexuais no SUS como consequência do desrespeito ao uso do nome social. Aborda a segregação do grupo na busca de serviços especializados e afastamento da assistência prestada pela AB.

<p>A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social</p>	<p>JANINI, et al.</p>	<p>2017</p>	<p>BDENF</p>	<p>Apresentar a percepção das mulheres transexuais acerca do acesso e tratamento no processo transexualizador e discutir a visão das mesmas em relação à patologização e medicalização.</p>	<p>Amparados pelos autores do estudo, nota-se que a patologização e a medicalização estão presentes do atendimento ofertado as mulheres trans. As usuárias afirmam que sua condição não é patológica mas que precisam agir como se fosse para terem acesso ao PrTr, além disso, relatam o sentimento de dominação em todo o processo terapêutico.</p>
<p>A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios</p>	<p>POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI</p>	<p>2017</p>	<p>SciELO</p>	<p>Analisar a implementação do Processo Transexualizador (PrTr) no SUS pelo Ministério da Saúde através da pesquisa em documentos oficiais de domínio público, sistematização de dados quantitativos e análise do Comitê Técnico de Saúde LGBT (CTSLGBT) do MS.</p>	<p>O estudo evidencia a importância da conquista do PrTr, contudo, informa que é necessário sua manutenção e potencialização. Ao averiguar o número de hospitais habilitados pelo MS no PrTr, as desigualdades sociais são expostas. O maior número de cirurgias fica restrita as regiões Sudeste e Sul do país, revelando as desigualdades no acesso. Além da necessidade de diagnóstico da transexualidade como patologia, as despesas para o deslocamento até um hospital habilitado, por exemplo, representam barreiras de acesso.</p>

<p>Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde</p>	<p>ROCON, et al.</p>	<p>2016</p>	<p>SciELO</p>	<p>Debater os problemas de acesso ao SUS enfrentados por pessoas trans moradoras da região metropolitana da Grande Vitória/ES.</p>	<p>Com base no estudo concluiu-se que para as pessoas trans as principais dificuldades de acesso ao SUS são a discriminação dos profissionais, o desrespeito ao nome social e a seletividade no acesso ao Processo Transexualizador. Tais barreiras afastam os usuários, as situações de constrangimento sofridas pelas pessoas TT provocam, até mesmo, a descontinuidade de tratamentos e estimula exposição a agravos de saúde. O estudo ainda ressalta os principais riscos de saúde aos quais os usuários trans são submetidos ao afastarem-se dos serviços de saúde como: uso de hormônios sem acompanhamento médico e a aplicação de silicone industrial.</p>
<p>Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil</p>	<p>SOUZA, et al.</p>	<p>2015</p>	<p>SciELO</p>	<p>Abordar as violências vividas pelas travestis nos diversos âmbitos de suas vidas e, principalmente, entender como os serviços de saúde relacionam-se e respondem a tais</p>	<p>Referente aos serviços de saúde, por meio do artigo constata-se que o processo de violência vivido pelas travestis também é reproduzido nesses espaços. O uso do nome social não é respeitado o que provoca o aumento do sofrimento dessa parcela populacional.</p>

				violências sofridas pelas travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.	Além disso, o estudo também evidencia o despreparo dos profissionais de saúde.
Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul	SOUZA; PEREIRA	2015	SciELO	Evidenciar os cuidados com a saúde de travestis do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.	Por meio do estudo constatou-se que os cuidados com a saúde das travestis do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul não são restringidos ao processo saúde-doença do modelo biomédico e considera os diversos aspectos da vida cotidiana do grupo. No que se refere aos serviços de saúde, contata-se o afastamento das travestis pela discriminação, não respeito ao uso do nome social e o despreparo dos profissionais de saúde.
Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais	BORBA	2014	SciELO	Problematizar algumas barreiras discursivas para o cuidado integral e humanizado à saúde de pessoas transexuais no Processo Transexualizador brasileiro.	Amparado pelo autor do estudo, nota-se que a patologização da transexualidade e a necessidade do diagnóstico para o acesso ao processo transexualizador têm criado um “roteiro pronto” utilizado pelas pessoas trans por medo de não condizerem com o perfil esperado pelos profissionais de saúde envolvidos. Tal situação produz uma relação de

					desconfiança entre o profissional e o usuário. O autor ainda afirma que o processo de diagnóstico da transexualidade limita as vivências de cada pessoa transexual, estimulando a padronização das experiências e resposta dos usuários e, consequentemente, prejudicando a humanização da atenção à saúde.
Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão	CARDOSO; FERRO	2012	SciELO	Possibilitar a reflexão acerca das demandas do segmento LGBT e evidenciar os fatores que influenciam a saúde desse segmento populacional.	Evidencia a vulnerabilidade do grupo LGBT no sistema de saúde, ressaltando as demandas particulares de cada segmento e aponta a importância do papel dos profissionais de saúde.

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2020.

As travestis e os transexuais vivenciam um histórico processo de luta por seus direitos, marcado pelo estigma e preconceito que se manifestam em todos os campos da sociedade. Na saúde, a materialização da intolerância às diversidades de gênero produz barreiras de acesso ao cuidado humanizado, ético, integral, universal e equânime, justificando a baixa procura dos sujeitos TT aos serviços de saúde. Diante disso, Silva et al. (2017) ressaltam a importância da humanização da assistência por valorizar os agentes produtores de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) e respeitar os direitos e necessidades singulares de cada usuário. A partir desses dados, foram elaboradas três tabelas que respondem aos objetivos da presente pesquisa.

As principais barreiras à implementação da humanização nos cuidados em saúde de travestis e transexuais na Rede de Atenção à Saúde

Tabela 1-Demonstrativo das principais barreiras à implementação da humanização nos cuidados em saúde de travestis e transexuais na Rede de Atenção à Saúde, segundo a pesquisa realizada, Palmas - TO, 2020.

Principais barreiras ao acesso de travestis e transexuais a cuidados humanizados em saúde na Rede de Atenção à Saúde	n	%
Discriminação/Trans/Travestifobia	9	20,0
Desrespeito ao uso do nome social	8	17,8
Desqualificação dos profissionais de saúde	7	15,6
Diagnóstico patologizante no Processo Transexualizador	5	11,1
Condicionamento dos problemas de saúde às questões de IST/aids	3	6,7
Falta da integralidade do cuidado	3	6,7
Ausência de acolhimento	3	6,7
Centralização e falta da regionalização do atendimento	2	4,4
Predominância de padrões heteronormativos	2	4,4
Capacidade insuficiente para atendimento das demandas	1	2,2
Assistência não resolutiva	1	2,2
Demora para conseguir atendimento	1	2,2
Total	45	100

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2020.

Em harmonia com os autores que integraram a amostra, a Tabela 1 exhibe as principais barreiras à implementação da humanização nos cuidados em saúde de travestis e transexuais na Rede de Atenção à Saúde. A partir das informações, verificou-se a prevalência da discriminação/trans/travestifobia com 20,0% (n = 9), em seguida, o desrespeito ao uso do nome social com 17,8% (n = 8), a desqualificação dos profissionais de saúde com 15,6% (n = 7) e o diagnóstico patologizante no Processo Transexualizador com 11,1% (n = 5). A inclusão de múltiplas barreiras em um mesmo artigo justifica o total de 45 métodos em detrimento dos 15 autores da amostra.

Em sua pesquisa, Rocon et al. (2018) reconhece a indispensabilidade da compreensão dos gestores e profissionais da saúde acerca de sua participação no acolhimento e no cuidado ofertado às pessoas TT, visto que a discriminação/trans/travestifobia é a manifestação do preconceito por meio de atitudes dos profissionais que causam constrangimento aos usuários, possuindo grande influência na descontinuidade do acompanhamento de travestis e transexuais, e é demonstrada na Tabela 1, com 20,0% (n = 9), como a principal barreira à implementação da humanização nos serviços de saúde.

Ao contrário do que é descrito por Rocon et al. (2018), a pesquisa de Monteiro e Brigeiro (2019), mesmo identificando a discriminação/trans/travestifobia como um problema,

revela que a problemática não se torna um empecilho no acesso aos serviços de saúde. Os autores também informam o reconhecimento dos ambientes de saúde como lugares mais tolerantes pelos indivíduos TT, particularmente pelos mais velhos.

Contudo, ambos os autores concordam com a premissa de que a discriminação se faz presente no cuidado dispensado ao grupo desde a recepção do indivíduo nos serviços de saúde por meio do desrespeito ao direito do uso do nome social. Citado por 17,8% (n = 8) dos autores, o desrespeito ao direito do uso do nome social é apresentado por Silva et al. (2017) como uma violência que fere os direitos do usuário e os princípios do Sistema Único de Saúde, é responsável pelo aumento do sofrimento desse segmento populacional, colaborando para o aumento das vulnerabilidades aos riscos e agravos de saúde pela diminuição da busca por atendimento.

Souza et al. (2015, p 773) traz em sua pesquisa a fala de Ashley, uma travesti de 29 anos usuária do SUS:

“Outro dia, fui fazer meu teste anti-HIV, e a sala estava cheia de gente. Todo o mundo já olha atravessado, é como se tu já tivesse [AIDS], entende? Deixaram a porta aberta durante o atendimento. Levantei constrangida e tentei fechar a porta. Disseram para eu deixar a porta aberta. Pedi que colocassem meu nome de mulher no prontuário. Mas que nada! Passei o maior constrangimento quando me chamaram pelo nome de homem. Fiz de conta que não era comigo e saí disfarçada. Mas não adianta. Quem está ali percebe que é tu. Além disso, é um descaso, não resolvem o problema. Imagina, se o meu teste tivesse dado positivo para o HIV, eu não iria mais lá. É por essas e outras que as pessoas não se tratam”.

A partir da narrativa de Ashley, o autor ressalta apenas que a não utilização do nome social no âmbito da saúde constitui-se uma violência que tem como consequência o distanciamento dos usuários. Refente a desqualificação dos profissionais, citada por 15,6% (n=7) dos autores, Souza et al. (2015) afirma que a execução de um acolhimento inadequado e a produção de situações constrangedoras ao longo da assistência são previstas pela falta de ferramentas facilitadores da compreensão da diversidade de gênero durante a formação acadêmica. Entretanto, para Paulino, Rasesa e Teixeira (2019), a culpabilização do sistema pelo desconhecimento de assuntos pertinentes a saúde das travestis e transexuais é uma estratégia para a desresponsabilização e negligenciamento do cuidado ofertado a essa minoria.

Quanto ao diagnóstico patologizante no processo transexualizador, abordado por 11,1% (n=5) dos autores, Rocon et al. (2016) caracteriza-o como limitador de acesso por promover a seletividade nos serviços. A necessidade de um diagnóstico estereotipado no que a heteronormatividade implica como masculino e feminino para acesso ao PrTr prejudica a autonomia dos usuários transgêneros e desconsidera suas diferenças sociais, econômicas,

culturais, educacionais e etc. Borba (2014) aponta que a pessoa trans fabricam histórias pessoais, ou seja, modifica seus comportamentos, vivências e sentimentos na tentativa de alcançar as expectativas da equipe de saúde para a conquista do laudo psiquiátrico atestando a disforia de gênero.

No entanto, a modificação de si para a correspondência das expectativas da equipe produz o que Borba (2014) cita como “discurso pronto”, assim, as travestis e os transexuais, no dia da consulta, vestem-se de forma que aparente mais masculinidade ou feminilidade e sabem a resposta correta para cada questão. A utilização do discurso gera uma desconfiança mútua entre os profissionais e os usuários, e conseqüentemente, desfavorecente a relação de ambos.

Ferreira et al. (2017) aborda o condicionamento dos problemas de saúde às questões de IST/aids, discutida por 6,7% (n=3) dos autores, pela perspectiva da criação de ambulatórios especializados. O autor reconhece a importância de tal criação para o cuidado das demandas específicas trans mas ressalta a possibilidade de um efeito reverso, sendo este, a restrição das necessidades de saúde das pessoas TT à questões de IST e AIDS.

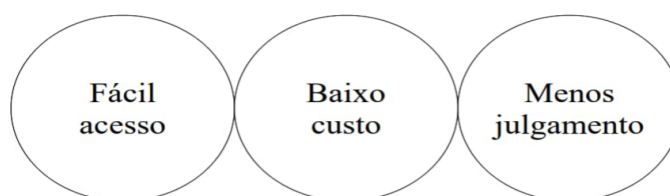
Para Rocon et al. (2016), ser um profissional do sexo é comum na vida de pessoas TT, especialmente para as travestis, e ressalta que a prostituição os expõe a riscos de infecção por IST e AIDS, contudo, a prostituição é tida como um meio de sobrevivência do grupo já que, desde muito novas, as pessoas trans enfrentam a marginalização social, a discriminação e a pobreza, e o sexo sem preservativo representa maiores ganhos.

Em sua pesquisa, Oliveira et al. (2018) mostra que a prostituição de TT e as IST é um estereótipo nos serviços de saúde e muitas vezes é tida com a única demanda mesmo para profissionais que afirmaram ter recebido capacitações sobre a saúde trans evidenciando a falta de integralidade da assistência, abordada por 6,7% (n=3) dos autores, ao não considerar os TT como seres biopsicossociais que necessitam de outros cuidados.

Levantada por 6,7% (n=3) dos literatos, a ausência de acolhimento, segundo Ferreira et al. (2017), caracteriza a abordagem utilizada durante o acesso das travestis nos serviços de saúde, além disso, adversidades mais graves e resistências em um futuro não próximo podem ser provocadas pela falta de qualificação na assistência. A ausência de acolhimento causa o desconforto das pessoas trans nos locais de saúde. Como resultado, Silva et al. (2017) ressalta o processo de segregação do grupo em busca de serviços especializados e a limitação do papel de promoção e proteção dos demais níveis de assistência.

Ferreira et al. (2017) observa a importância do acolhimento humanizado ao destacar que sua ausência como consequência da discriminação causa o distanciamento do grupo trans sujeitando-os a busca de práticas inseguras para a transformação de seus corpos, a utilização de silicone industrial e a automedicação com hormônios representam as práticas inseguras mais utilizadas, a Figura 1 exibe, segundo Souza et al. (2015), os três motivos principais para a utilização desses métodos:

Figura 1 – Motivos para o uso de silicone industrial e automedicação com hormônios, segundo a pesquisa, 2020.



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2020.

A centralização e a falta de regionalização do atendimento é abordada por 4,4% (n=2) dos autores. Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2016), exibem, em seu estudo, a desigualdade no acesso ao PrTr pela maior concentração de usuários que residem em regiões que possuem hospitais habilitados, sendo as regiões Sudeste e Sul do país as detentoras dos maiores números de acesso ao processo. Pereira e Chazan (2019), ao considerarem a dimensão econômico-social das pessoas TT e o fato de que a assistência destinada ao grupo é centralizada em hospitais em metrópoles, ressaltam a necessidade de aumentar a descentralização e regionalização do cuidado ao público trans, particularmente na zona rural, destacando a importância da participação da Atenção Primária à Saúde na concretização dessa ação.

A predominância de padrões heteronormativos nos serviços de saúde é considerado por Ferreira et al.(2017) como causadora da violência institucional ao patologizar a população trans por não se encaixarem na norma heterossexual, sendo trabalhada por 4,4% (n=2) dos autores. Para Oliveira et al. (2018) essa barreira representa a origem do preconceito e discriminação dirigido aos TT.

Monteiro e Brigeiro (2019) citam a capacidade insuficiente para atendimento, a assistência não resolutiva e a demora para conseguir atendimento, cada barreira abordada por 2,2% (n=1) dos autores, como transtornos que afetam todos os usuários do sistema de saúde,

ressaltando que há usuários trans que nem mesmo conseguem ser incluídos nos serviços especializados e aqueles que conseguem a indicação para cirurgia de redesignação sexual, não possuem uma previsão da efetivação.

A qualificação dos profissionais de saúde quanto ao público TT

Pereira e Chazan (2019) evidenciam em sua pesquisa que os profissionais de saúde têm um papel fundamental no processo de implementação da humanização nos serviços ao combater à violência institucional e favorecer, assim, a integralidade do cuidado, entretanto, eles devem possuir aptidão suficiente, desenvolvida por meio da educação continuada, para atender a população trans. Entretanto, Souza et al. (2015, p 773) afirma que

Ao contrário de atuar combatendo a violência, cuidando e acolhendo integral e equanimemente, os profissionais classificam as travestis em categorias rígidas, heteronormativas, por meio de mecanismos complexos de patologização, criminalização e exclusão. Mostra também o abismo existente entre o plano jurídico e de efetivação de leis, resoluções e outras medidas que asseguram direitos às travestis.

A afirmativa fica evidente na Tabela 1 visto que a desqualificação profissional ocupa o terceiro lugar nas barreiras mais discutidas pelos autores que compuseram a amostra e que a primeira barreira, a discriminação/trans/travestifobia, e a segunda, o desrespeito ao direito do uso do nome social, são resultados, em grande parte, das atitudes dos profissionais. A palavra desqualificação foi utilizada nessa pesquisa para englobar um conjunto de problemas, exibidos na Tabela 2, referentes aos profissionais de saúde.

Tabela 2 - Demonstrativo dos principais problemas relacionados aos profissionais, segundo a pesquisa realizada, Palmas - TO, 2020.

Os principais problemas relacionados aos profissionais	n	%
Falta de capacitação	7	38,9
Não conhecimento das demandas TT	6	33,3
Culpabilização dos usuários TT	3	16,7
Discurso de igualdade no cuidado em saúde	2	11,1
Total	18	100

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2020.

Justifica-se o total de 18 métodos em relação aos 7 autores que mencionam a desqualificação profissional como barreira a implementação da humanização pelo reconhecimento de variados problemas englobados por um mesmo artigo. Nota-se a prevalência da falta de capacitação abordada por 38,9% (n=7) dos autores, em seguida, o não

conhecimento das demandas TT com 33,3% (n=6), a culpabilização dos usuários TT com 16,7% (n=3) e o discurso de igualdade no cuidado em saúde com 11,1% (n=2).

A falta de capacitação é discutida por Paulino, Rasera e Teixeira (2019) como uma estratégia de culpabilização dos sistemas de serviços de saúde para justificar a desqualificação do atendimento, sendo assim é a responsável pelo não conhecimento das demandas TT. Entretanto, Oliveira et al. (2018) identifica em seu estudo que o não conhecimento das demandas do grupo trans não está isoladamente relacionado a falta de capacitação visto que os participantes de sua pesquisa afirmaram ter recebido capacitação para o atendimento desse público, contudo, suas falas limitavam as demandas de saúde trans às questões de IST/aids. Paulino, Rasera e Teixeira (2019) afirmam que a melhoria do atendimento a população trans vai além da capacitação profissional, ressaltando a relevância da modificação dos modos de pensar e atuar dos profissionais já que estas sofrem influência da heteronormatividade.

O não conhecimento das demandas TT, segundo Souza et al. (2015, p 773), é demonstrado no “abismo existente entre o plano jurídico e de efetivação de leis, resoluções e outras medidas que asseguram direitos às travestis”. Souza et al. (2015) e Paulino, Rasera e Teixeira (2019) apontam que nem mesmo a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é conhecida pelos profissionais. Monteiro e Brigeiro (2019) apresentam uma perspectiva positiva baseado nos relatos dos usuários TT que afirmaram não ter sofrido discriminação dos profissionais e avaliaram o atendimento como respeitoso.

Quanto a culpabilização dos usuários, Rocon et al. (2016) aponta que é preciso considerar o desenvolvimento de doenças por pessoas TT como uma questão coletiva, não os culpabilizando individualmente. Souza et al. (2015, p 772) relata a reprodução da violência nos serviços de saúde por meio da culpabilização dos TT por suas escolhas, tal culpabilização fica evidente na fala de uma das participantes do estudo, “Experimenta chegar ao serviço de saúde toda quebrada?! Já te olham de cima a baixo com uma cara de quem diz: ela merece isso mesmo!”.

Paulino, Rasera e Teixeira (2019), em sua pesquisa evidenciam a culpabilização dos usuários TT pelos profissionais como justificativa para o distanciamento do grupo dos serviços de saúde, ou seja, as pessoas trans não buscam os serviços por que não querem. Os autores afirmam que essa explicação posiciona o sujeito trans como único responsável por seu processo saúde-doença, desconsidera os determinantes sociais que marginalizam essa população, anulam as demandas de saúde específicas e desqualifica os serviços.

O discurso da igualdade, discutido por 11,1% (n=2) dos literatos, é, segundo Oliveira et al. (2018, p 2603), a identificação do usuário TT por parte dos profissionais como “todo e qualquer ser humano que precisa de cuidados em saúde classificando-o como normal e merecedor do cuidado igualitário no Sistema Único de Saúde”, entretanto, o autor afirma que esse pensamento fere o princípio da equidade por não considerar as singularidades dos indivíduos, podendo ser uma das causas da ausência do grupo trans no sistema de saúde. Paulino, Rases e Teixeira (2019) complementam que o discurso da igualdade é uma tentativa dos profissionais de afastamento da imagem de preconceito que carregam, além disso, os autores evidenciam falas de profissionais que colocam a equidade como um direito a mais aos TT e ressalta que esse discurso silencia as necessidades dessa minoria.

As principais demandas específicas de saúde

Em sua pesquisa, Monteiro e Brigeiro (2019) identificam que as principais demandas de saúde trans estão relacionadas a dois tópicos: a transição de gênero e a prevenção das IST/aids. A Tabela 3, dividida em três categorias: transição de gênero, ações de prevenção e serviços; exhibe as principais demandas identificadas segundo os autores que integraram a amostra da pesquisa.

Tabela 3 - Demonstrativo das principais demandas de saúde, segundo a pesquisa realizada, Palmas - TO, 2020.

Principais demandas de saúde	n	%
Transição de gênero		
Respeito ao direito do nome social	8	18,2
Hormonização	8	18,2
Cirurgias	8	18,2
Despatologização do PrTr	5	11,4
Recursos sociais e culturais de produção do gênero	1	2,2
Ações de prevenção		
Prevenção das IST/aids	3	6,8
Serviços		
Equipe multiprofissional especializada	6	13,6
Atendimento ambulatorial	5	11,4
Total	44	100

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2020.

Quanto as principais demandas de saúde relacionada a transição de gênero, houve a prevalência do respeito ao direito do nome social, hormonização/hormonioterapia e as

cirurgias, cada uma abordada por 18,2% (n=8) dos autores que compuseram a amostra. Em seguida, a despatologização do Processo Transexualizador com 11,4% (n=5) e os recursos sociais e culturais de produção do gênero com 2,2% (n=1).

O uso do nome social, abordado por 18,2% (n=8) dos autores, representa, segundo Silva et al. (2017, p 839), o respeito e a valorização da população TT dentro de serviços de saúde e funciona como uma ferramenta viabilizadora da:

(...) promoção do acesso das pessoas transexuais e travestis aos serviços de saúde favorecendo o acolhimento por parte dos profissionais e o estabelecimento do vínculo profissional-paciente, binômio importantíssimo no que se refere à permanência do usuário no serviço e à aderência aos cuidados em saúde.

A hormonização/hormonioterapia, discutida por 18,2% (n=8) dos autores, é entendida por Sousa e Iriart (2018) como a possibilidade de possuir e expressar, por meio do corpo físico, o gênero com o qual a pessoa TT se identifica. Abordando a temática pela perspectiva do homem trans, os autores revelam que as duas principais razões para o interesse nesse processo são: a eliminação de características femininas e o desenvolvimento dos caracteres masculinos.

Pela perspectiva da mulher trans/travestis, Monteiro e Brigeiro (2019, p 7) afirmam que os hormônios são um dos primeiros meios de transformação corporal adotado por elas e que ocupam um lugar especial entre as tecnologias de gênero e que:

Elas citam com familiaridade seus nomes, dosagens e efeitos colaterais (problemas circulatórios, hepáticos e impotência/desinteresse sexual decorrentes do uso continuado). As entrevistadas demonstram ter consciência dos riscos e efeitos do uso sem prescrição e consideram esses fatores em suas decisões.

A vinculação da hormonioterapia com a constante avaliação e acompanhamento profissional é de extrema relevância para a diminuição de danos pois a “qualidade do hormônio, o ciclo de realização, o modo como ele é aplicado e o acompanhamento do ciclo produzem questões e possíveis agravos à saúde”, segundo Sousa e Iriart (2018, p 6).

As cirurgias, trabalhadas por 18,2% (n=8) dos autores, fazem parte das tecnologias de gênero, assim, Sousa e Iriart (2018) as reconhecem com estratégias de cuidado ao possibilitar a conformidade entre a identidade de gênero e o corpo físico desejado. Quanto a cirurgia de redesignação sexual, Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2016) afirmam que nem toda pessoa TT a deseja mas que impactos positivos podem ser apresentados na vida dessa população com os resultados cirúrgicos.

A despatologização do PrTr, discutida por 11,4% (n=5) dos literatos, é vista por Borba (2015) como uma maneira de valorização dos saberes e vivências das pessoas trans que possibilitaria a melhoria da relação profissional-usuário fundamentada na confiança mútua. Janini et al. (2017) revela em sua pesquisa que as pessoas trans se sentem aprisionadas com o diagnóstico patologizante das identidades de gênero que não condizem com o padrão heteronormativo em razão da necessidade de se reconhecerem como doentes para terem acesso a processo transexualizador.

Os recursos sociais e culturais de produção de gênero, referidos por 2,2% (n=1) dos autores, são um conjunto de recursos auxiliares na construção do corpo físico descritos por Sousa e Iriart (2018, p 8) como “*binder*/faixas, os cortes de cabelo, a utilização de vestuário específico e fármacos”. Entretanto, as demandas de saúde relacionadas a esses recursos se referem ao uso de *binder*/faixas, utilizadas por homens trans para reduzir o volume das mamas, e os fármacos. De acordo com os autores, o uso de fármacos e *binder* ou outros tipos de faixas precisam de acompanhamento e orientação dos profissionais de saúde por representam riscos de saúde se usados de forma inadequada. Os principais riscos relacionados ao uso inadequado do *binder* são: dificuldade/desconforto respiratório, fraturas, especialmente costelas e coluna, e displasia de mama.

Classificada como ação de prevenção, a prevenção das IST/aids é discutida por 6,8% (n=3), e, conforme Cardoso e Ferro (2012), é evidente a submissão de grande parte da população trans a prostituição por influência da discriminação que os impedem de conseguir outro meio de sobrevivência. Monteiro e Brigeiro (2019) relatam que a busca por serviços de HIV/aids não é espontânea e ressaltam a necessidade do aproveitamento do acesso aos serviços como oportunidade de realização do teste de HIV. Rocon et al. (2016, p 2521), revela que, para que os profissionais de saúde consigam trabalhar a prevenção das IST/aids com esse segmento populacional, o acolhimento humanizado, livre de discriminação e o respeito ao nome social devem ser empregados previamente para que “consultas e exames de rotina, informações sobre prevenção a doenças infecciosas, distribuição de preservativos e géis lubrificante para trabalharem possam produzir efeitos positivos no cuidado com a saúde das pessoas trans”.

Nas demandas de saúde relativas aos serviços houve prevalência da equipe multiprofissional especializada com 13,6% (n=6) e o atendimento ambulatorial com 11,4% (n=5). Rocon et al. (2018) identifica em sua pesquisa que:

(...)as pessoas trans necessitam de serviços que extrapolem a lógica curativa e biomédica de atenção à saúde. Para além da necessária oferta de cirurgias e hormônios, elxs reivindicam serviços capazes de oferecer uma atenção integral em saúde, pautada na autonomia e no respeito ao processo de transição no gênero dxs pacientes, assistindo-xs com equidade.

Quanto ao atendimento ambulatorial, Sousa e Iriart (2018) afirmam em seu estudo que a população trans também necessitam de exames clínicos e laboratoriais para acompanhamento e controle de suas mudanças corporais, assim, o quadro 2 exhibe as categorias profissionais, exames e procedimentos demandados de acordo com os autores.

Quadro 2 – Demonstrativo das categorias profissionais, exames e procedimentos demandados, segundo a pesquisa, Palmas - TO, 2020.

Categorias profissionais, exames e procedimentos demandados	
Categorias	Exames e procedimentos
Clínica/o geral	Cirurgias
Dermatologista	Exames laboratoriais e clínicos diversos
Endocrinologista	Hormonioterapia assistida
Ginecologista/Urologista/Proctologista	Psicoterapia
Médica/o cirurgiã/o	Raio-X
Nutricionista	Ultrassonografia
Oftalmologista	
Otorrinolaringologista	
Psicanalista	
Psicóloga/o	
Psiquiatra	

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2020

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível compreender que a humanização não é uma realidade consolidada no Brasil, proporcionando afastamento das demandas trans, a privação de direitos da saúde, como o desrespeito e não utilização do nome social, e desqualificação profissional. Ressalta-se que durante o processo de busca pela literatura científica pertinente, notou-se a escassez de obras que utilizam a população travesti e transexual como amostra e a humanização como a problemática do estudo.

As diversas barreiras intimidam as pessoas TT que manifestam medo e insegurança quando necessitam dos serviços de saúde, viabilizando sua ausência nesses espaços ou a segregação para serviços especializados. Considerando que cabe à atenção primária em saúde as atividades de promoção, proteção e prevenção de riscos e agravos de saúde, sua limitação, por segregação da população TT para centros especializados impede um cuidado em saúde integral, bem como o afastamento das demandas TT proporcionando condições para o sustento de justificativas por parte dos profissionais e gestores de saúde que perpetuam a discriminação, o desconhecimento das questões de gênero e o atendimento desumanizado nos serviços.

É preciso considerar que a heterocisnormatividade, ou seja, a reunião de orientações, identidades e comportamentos adotados como padrão de normalidade baseado na hetressexualidade e cisgeneridade, integra a cultura brasileira. Para o rompimento da subjugação das demais identidades de gênero e orientações sexuais sugere-se que a desconstrução da discriminação e/ou desconhecimento acerca da população transgênero tenha início no processo de formação do profissional de saúde.

É necessário a discussão de questões que envolvem o público trans nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde, especialmente a Política Nacional de Humanização, a Carta de Direitos dos Usuários do SUS e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Quanto aos profissionais que já atuam no sistema de saúde, a educação continuada deve atuar como a ferramenta viabilizadora da atualização dos conhecimentos e da implementação do cuidado integral e humanizado, partindo do interesse individual pelo aprimoramento profissional e sendo ofertado constantemente pelos serviços.

Considerando que a Atenção Básica tem um papel fundamental na promoção, proteção e prevenção de saúde da população, convidar representatividades sociais que compõem a

população trans para a discussão de ações educativas possibilita a visibilidade trans nos serviços de saúde. Além disso, a elaboração e execução de projetos que interliguem os gestores, os profissionais e os usuários TT, principalmente em datas representativas torna-se oportuno para a melhoria dos serviços.

As pessoas TT vivenciam um ciclo de marginalização que impossibilita o engajamento na educação, os força a buscar na prostituição os meios de sobrevivência, os impede de conseguir empregos justos, provoca o adoecimento físico e mental, e os torna sujeitos invisíveis. Conforme a definição da OMS (1946, p 1), a saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, dessa forma, anteriormente a promoção é necessário a existência prévia da saúde trans. Partindo dessa concepção, anteriormente à promoção da saúde, necessita-se promover a visibilidade das questões de gênero dentro dos serviços, dando voz as travestis e aos transexuais não só enquanto usuários mas também pela possibilidade de sua inserção enquanto profissionais de saúde, encorajando, assim, a busca pelos serviços pelo sentimento de representatividade e valorização.

Espera-se que as informações apresentadas nesse estudo estimulem a reflexão e a discussão entre os gestores, profissionais e acadêmicos quanto ao verdadeiro significado da humanização no sistema de saúde e o que ela representa, a importância de sua existência no cuidado ofertado ao público TT, da concordância entre a assistência dispensada e o que é disposto pelas políticas públicas, da busca individual e coletiva por capacitações sobre as questões de gênero interferindo no estigma que condiciona as demandas de saúde trans a necessidades estereotipadas, e do reconhecimento e valorização das singularidades dos usuários, respeitando e seguindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no atendimento. Também são necessárias políticas públicas de promoção dos direitos humanos e da cidadania trans no campo da saúde, e o desenvolvimentos de pesquisas futuras que tenham como público alvo o homem trans e seus aspectos de saúde que precisam de monitoramento antes da redesignação sexual quando não há histerectomia, como o rastreamento do câncer de colo do útero.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Thaís C. Oliva Rufino; ANDRADE, Paulo A. Rufino de. Processo Transexualizador no SUS: Um mecanismo de garantia da inclusão e plena dignidade de transgêneros e travestis. **Periodicos Unisanta**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.233-238, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unisanta.br/index.php/ENPG/article/view/1104/1033>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

ASSOCIATION, American Psychiatric. **DSM-IV-TR**: Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naidier Bonfim (org.). **Dossiê: assassinatos e da violência contra travestis e transexuais no brasil em 2018**. Brasil: Antra/ibte, 2019. 60 p. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2019.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, Aug. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>.

BORBA, Rodrigo. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 66-97, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872014000200066&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.06.a>.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565315>>. Acesso em: 27 out. 2019.>. Acesso em: 12 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. **Aprova a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em: 13 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe Sobre Os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2009.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 12 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diversidades Sexuais: adolescentes e jovens para a educação entre pares**. Brasília: Ms, 2010a. 58 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 11 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). <Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral Lgbt)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 12 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 dez 12; Seção 1:59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2019.

_____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 16 p. Disponível em: <Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. . Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 194 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>.

Acesso em: 22 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **O Processo Transexualizador no SUS**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transexualizador-no-sus>>. Acesso em: 22 set. 2019.

_____. Projeto de Lei nº 5002/2013, de 2019. Dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o art. 58 da Lei nº 6.015 de 31 de dezembro de 1973.. **Ficha de Tramitação**. Brasília, DF, Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565315>>. Acesso em: 27 out. 2019.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>.

CARNEIRO, Cleide; LADIM, Lucyla O. Paes; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Humanização em saúde e a política de humanização do Sistema Único de Saúde - SUS. In: MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al (Org.). **Manual de Saúde Pública**. Salvador: Sanar, 2016. Cap. 10. p. 193-204.

CONNELL, Raewyn. Dinâmicas do gênero. In: CONNELL, Raewyn. **Gênero em termos reais**. Brasil: Nversos, 2016. p. 24-44. Tradução de: Marília Moschkovich. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4470001/mod_resource/content/1/CONNEL_capitulo_um.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

CORTES, Helena Moraes. A transgeneridade feminina e os processos de mudanças corporais. **J. nurs. health**. 2018;8(2):e188211.

COSTA, R.; MADEIRA, M.; SILVEIRA, C.. Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina. **17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero**, Brasil, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/index.php/17redor/17redor/paper/view/56>>. Data de acesso: 22 set. 2019.

DECS (São Paulo). BIREME / OPAS / OMS. **Assistência à Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 31-50.

DIETER, Cristina Ternes. As raízes históricas da homossexualidade, os avanços no campo jurídico e o prisma constitucional. **Ibdfam: Instituto Brasileiro de Direito de Família**, Rio Grande do Sul, p.1-16, 2012. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br/_img/artigos/As%20raizes%20históricas%202012_04_2012.pdf>.

Acesso em: 21 ago. 2019

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 11. p. 385-434.

FACCHINI, Regina. **Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico**. São Paulo: Cadernos Ael, 10(18/19), 2010. 44 p.

FERREIRA, Breno de Oliveira et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 27, n. 04 [Acessado 16 Junho 2020], pp. 1023-1038. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400009>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400009>.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. Tradução de: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/História-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

GAY & LESBIAN ALLIANCE AGAINST DEFAMATION (Eua). **Media Reference Guide**. 10. ed. Nova Iorque: Glaad, 2016. 40 p. Disponível em: <<https://www.glaad.org/sites/default/files/GLAAD-Media-Reference-Guide-Tenth-Edition.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p. Disponível em <http://urca.br/itec/images/pdfs/modulo%20v%20-%20como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em 15 out. 2019.

GOMES, Denildo de Freitas. **Percepções de usuários transexuais sobre o cuidado na Estratégia de Saúde da Família: o desafio do reconhecimento e do rompimento da invisibilidade**. 2019. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

JANINI, Janaina Pinto et al. A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social [The medicalization and pathologization in the perspective of transgender women: accessibility or social exclusion] [La medicalización y patologización desde la perspectiva de mujeres transgénero: accesibilidad o exclusión social]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e29009, dez. 2017. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/29009/25921>>. Acesso em: 16 jun. 2020. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.29009>.

KRUGER, Alicia et al. Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, e190004, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000200401&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 14 nov. 2019. Epub 26-Set-2019. ht

[tp://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1](http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1).

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>.

LIONCO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>.

MARCHI, Marjorie. Desnaturalização das questões de gênero. In: **PSICOLOGIA**, Conselho Federal de. **Psicologia e Diversidade Sexual: desafios para uma sociedade de direitos**. Brasília: Cfp, 2011. Cap. 3. p. 69-76.

MEDEIROS, Ettore Stefani. Necropolítica tropical em tempos pró-Bolsonaro: desafios contemporâneos de combate aos crimes de ódio LGBTfóbicos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 2, June 2019. ISSN 1981-6278.

MONGIOVI, V. G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00111318, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000400504&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2019. Epub Apr 08, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00111318>.

OLIVEIRA, Geane et al. Health services for lesbians, gays, bisexuals and transvestites / transexuais. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 10, p. 2598-2609, oct. 2018. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237014/30152>>. Date accessed: 16 June 2020. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237014p2598-2609-2018>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2. 6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-

Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em: 14 ago. 2019

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2020.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e180279, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100249&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2020. Epub July 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180279>.

PEREIRA, Edson Oliveira. **Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT**: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro. 2016. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20070/1/2015_%20EdsonOliveiraPereira.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

PEREIRA, LBC; CHAZAN, ACS. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2019;14(41):1795. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795)

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Joelio César França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Epsjv, 2008. p. 110-114. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

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 Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, May 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>.

ROCON, Pablo Cardozo et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 8 [Acessado 16 Junho 2020], pp. 2517-2526. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413->

81232015218.14362015.

ROCON, Pablo Cardozo et al . O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 64, p. 43-53, mar. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100043&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 nov. 2019. Epub 07-Dez-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0712>.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>.

SILVA, Livia Karoline Morais da et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 27, n. 03 [Acessado 26 Outubro 2019] , pp. 835-846. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300023>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300023>.

SOUSA, Diogo; IRIART, Jorge. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 10, e00036318, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001005007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 jun. 2020. Epub 11-Out-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00036318>.

SOUZA, Welynton Antonio de; SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da Aids no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p.487-500, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2577/2300>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Cuidado con la salud: travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 146-153, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100146&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001920013>.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de et al . Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 4, p. 767-776, Apr. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400767&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00077514>.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. **Diversidade sexual e cidadania LGBT**. São Paulo: SJDC/SP, 2014. 44p. Disponível em <http://www.recursos humanos.sp.gov.br/lgbt/cartilha_diversidade.pdf>. Acesso em 17 de ago. 2019

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 599-613, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.