

O DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS TRANS E OS DESAFIOS DA EQUIDADE NO SUS: OBSTÁCULOS PARA CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

THE RIGHT TO HEALTH OF TRANSGENDER PEOPLE AND THE CHALLENGES OF EQUITY IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (UHS): OBSTACLES TO THE IMPLEMENTATION OF THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

*Alexandre Melo Franco Bahia*¹
*Saulo Tete de Oliveira Camêllo*²
*Edilson Lucas Duarte da Costa*³

RESUMO: O estudo, sob a perspectiva jurídica-sociológica, investiga, através do método jurídico-descritivo, o direito à saúde das pessoas trans e como a marginalização dessa população obstrui o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A pesquisa evidencia como o sistema de saúde brasileiro invisibiliza identidades trans, comprometendo o acesso equitativo a serviços de saúde. A heterocisgeneridade compulsória, ao tratar o corpo cisgênero como padrão, negligencia as necessidades específicas das pessoas trans, como o acesso a cuidados ginecológicos para homens trans ou a proctologia para mulheres trans, resultando em discriminação e exclusão dessas populações. A pesquisa é teórica, marcada por estudos queer como apoio bibliográfico e também documental, notadamente pelo uso de legislação internacional constitucional e infraconstitucional, além de decisões do Supremo Tribunal Federal sobre o tema, como a proferida recentemente na ADPF. n. 787 – na qual constam os ODS n. 3 e 10 na página do Tribunal que trata daquela ação. Espera-se demonstrar as barreiras para o cumprimento das ODS com relação ao tratamento dado às pessoas trans e a ausência de políticas públicas que contemplem suas demandas e reforçam desigualdades.

Palavras-chaves: Transgêneros; Constituição; Direito à Saúde; Heterocisnormatividade.

ABSTRACT: The study, from a legal-sociological perspective, investigates, through the descriptive-legal method, the right to health of trans individuals and how the marginalization of this population hinders the fulfillment of the Sustainable Development Goals (SDGs). The research highlights how the Brazilian healthcare system renders trans identities invisible, compromising equitable access to healthcare services. Compulsory heterocisnormativity treats the cisgender body as the norm, neglecting specific needs such as gynecological care for trans men and proctology for trans women, resulting in exclusion and discrimination. The study uses queer theory, international constitutional law, and Brazilian Supreme Court rulings, including ADPF No. 787, to

¹ Doutor em Direito (UFMG). Pós-Doutor pela Universidade do Porto. Bolsista de Produtividade do CNPq. Professor do Programa de Pós-graduação em Direito da UFOP. Coordenador do Grupo de Pesquisa Direito e Saúde LGBT+.

² Mestrando em Direito pelo PPGD "Novos Direitos, Novos Sujeitos" da Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP. Possui graduação em Direito pela Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC Mariana (2022); e é pós-graduado lato sensu, nível especialização, em Direito Civil Aplicado pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas.

³ Mestrando em Direito (UFOP). Graduado em Direito (UFGV). Advogado.

demonstrate barriers to achieving SDGs, particularly SDGs 3 and 10, due to the lack of public policies addressing trans demands and perpetuating inequalities.

KEYWORDS: Transgender; Constitution; Right to Health; Heterocisnormativity.

1. INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde, especialmente para populações vulnerabilizadas, constitui um desafio central para a efetivação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), conforme estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015. Entre essas populações, as pessoas trans enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde pública, muitas vezes resultantes de discriminação estrutural e insuficiência/inefetividade de políticas específicas. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), embora fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, tem falhado em garantir tais princípios para a população trans, particularmente quanto à equidade (isto é, que se reconheçam demandas específicas de um grupo), refletindo dificuldades dos sistemas jurídico e de saúde (Bahia; Caldas, 2020).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), são um conjunto de metas globais destinadas a promover o desenvolvimento sustentável em diversas áreas, incluindo a saúde, igualdade e justiça social. A relação entre as ODS e a saúde de pessoas trans é significativa, pois diversos objetivos abordam diretamente questões de saúde, igualdade e inclusão, que são essenciais para garantir o bem-estar da população trans.

Este artigo parte da hipótese de que o sistema jurídico brasileiro, ao não abordar adequadamente as particularidades da saúde de pessoas trans, perpetua desigualdades e compromete o cumprimento das metas dos ODS, em especial as relacionadas à saúde (ODS 3), à igualdade de gênero (ODS 5) e à redução das desigualdades (ODS 10). As normativas e decisões judiciais muitas vezes se mostram insuficientes para proteger plenamente os direitos dessa população, contribuindo para a manutenção de um ciclo de exclusão e precarização do atendimento em saúde.

Com base na revisão bibliográfica orientada por uma perspectiva jurídico-sociológica, em um método jurídico-descritivo, o presente estudo investiga as lacunas e as contradições no tratamento jurídico-institucional dessa questão. Ao explorar a intersecção entre o direito, a saúde pública e os objetivos globais de desenvolvimento, pretende-se evidenciar como a ineficácia do aparato normativo contribui para a perpetuação de desigualdades e apresenta-se como um

obstáculo ao alcance dos ODS, comprometendo a promoção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Os mecanismos estatais de prestação de serviços à população foram historicamente moldados a partir da concepção do "homem médio" ou "homem padrão", o que, desde sempre, todos aqueles que não se encaixam nessa visão universalista que não pensa pessoas como corpos reais mas como um recurso retórico⁴. No caso de pessoas trans essa exclusão reflete-se na falta de acesso a serviços médicos essenciais e especializados, prejudicando gravemente a saúde física e mental dessa população, como evidenciado nos relatórios da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Tal cenário fere diretamente preceitos constitucionais fundamentais, especialmente o princípio da dignidade da pessoa humana. Negar às pessoas trans o acesso adequado aos serviços de saúde com base em uma suposta incongruência entre sua identidade de gênero e o sistema de saúde vigente configura uma forma clara de discriminação. Esse tipo de exclusão rompe com o princípio da equidade em saúde. Privar pessoas trans dos cuidados específicos necessários para sua condição ignora não apenas sua dignidade, mas também seu direito fundamental à integridade física e mental, além de desconsiderar as vulnerabilidades e desigualdades específicas que devem ser tratadas de forma adequada em um Estado Democrático de Direito.

O primeiro capítulo, "Pessoas Trans e Suas Especificidades em Saúde", discute os desafios enfrentados por essa população no campo da saúde, abordando em "1.2 O Estigma na Carne" a relação entre corpo e estigma. O segundo capítulo, "Direito à Saúde de Pessoas Trans", aprofunda os direitos à saúde, especialmente com foco na "Despatologização de Identidades Trans e os Caminhos das Políticas Públicas". O terceiro capítulo, "A Heterocisgeneridade Compulsória Institucional", explora como as instituições reforçam normas cisgênero e heterossexuais, dificultando a plena inclusão de pessoas trans.

Por fim, a conclusão deste trabalho reflete como a heterocisnormatividade institucional prejudica a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente aqueles ligados à inclusão, saúde e igualdade de gênero. O capítulo ressalta que o sistema de saúde brasileiro, ao operar dentro de uma estrutura cisnormativa e binária, marginaliza identidades trans, o que compromete o ODS 3, que busca garantir saúde para todos. Da mesma forma, o ODS 5, sobre igualdade de gênero, e o ODS 10, referente à redução das desigualdades, são diretamente impactados pela manutenção dessas normas excludentes. Para superar essas barreiras, é imperativo

⁴ Ou como "ícone", para nos valermos da crítica de Friedrich Müller (2013) à forma como a Modernidade se vale do conceito de "povo".

que políticas públicas inclusivas sejam efetivamente implementadas, reconhecendo a diversidade de gênero e eliminando a cisgeneridade compulsória. Embora existam normas que visam proteger os direitos das pessoas trans, a falta de sua real implementação perpetua a marginalização e dificulta o acesso à saúde integral.

2. PESSOAS TRANS E SUAS ESPECIFICIDADES EM SAÚDE

As identidades transgêneras são diversas e não se limitam a uma definição específica, representando um dos marcadores sociais da diferença que historicamente está relacionado a violações de direitos no Brasil. Na academia não existe consenso sobre o conceito de gênero; por exemplo, a partir da Teoria *Queer* Judith Butler (2003) introduz o gênero como algo que não se trata do que uma pessoa "tem" ou "é", mas sim algo que uma pessoa faz através de repetidas ações e comportamentos ao longo do tempo. Em outras palavras, o gênero é uma performance contínua e reiterada de atos, gestos, e discursos que se alinham com as normas culturais e sociais de masculinidade e feminilidade (Butler, 2003)

As pessoas transgênero são compreendidas como aquelas que possuem uma identidade de gênero incongruente com o sexo atribuído no nascimento. Como dito, no entanto, a questão é complexa, de forma que a denominação travesti antecede o termo transgênero e é mais frequente no Brasil e em outros países da América Latina, designando pessoas que vivenciam papéis femininos, mas que não se reconhecem enquanto homens ou mulheres (Jesus, 2012), o que amplia guarda-chuva que reúne as transgereridades, albergando, inclusive outras vivências.

A identidade de gênero é, portanto, a forma como uma pessoa se relaciona com as construções sociais de gênero, ou seja, como alguém se identifica como homem, mulher ou outra forma de identidade, como é percebida e como se integra em um grupo social influenciado pelas ideias predominantes sobre gênero. Nesse sentido tem-se as pessoas cisgênero, que seriam as pessoa que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento e o manteve e as pessoas transgênero, que são aquelas que não se identificam com o gênero designado ao nascimento, podendo essas serem homens transexuais, mulheres transexuais, travestis, pessoa não-

binárias, agêneros dentre outras possibilidades que não correspondem a uma expectativa social em decorrência do seu sexo biológico⁵.

Conforme pesquisa realizada pelo núcleo de direitos humanos e cidade LGBT do Estado de Minas Gerais e retratada na apresentação da política Estadual de Saúde Integral LGBT+ elaborada pelo Governo de Minas (2020), das 141 mulheres transexuais e travestis entrevistadas pelo grupo, mais de 50% delas deixaram de procurar atendimento médico por diferentes motivos, sendo ainda a automedicação apontada como forma de evitar o constrangimento (Minas Gerais, 2020).

Diante desse cenário, o direito à saúde para pessoas travestis e transgêneros (ou mais bem colocado, sua falta de efetividade) pode ser analisado sob três dimensões essenciais: o reconhecimento do direito à existência, uma vez que essas pessoas ainda enfrentam obstáculos para que seus nomes sociais sejam respeitados, inclusive dentro do Sistema Único de Saúde (SUS); a busca pela equidade, considerando que os serviços de saúde ainda não estão devidamente preparados para atender às necessidades específicas desse grupo; e a necessidade de engajamento social, uma vez que travestis e transexuais devem desempenhar um papel ativo no controle social, tanto para acessar e manter o acesso aos serviços de saúde, como para defender a criação de serviços especializados que ofereçam procedimentos relacionados à transexualização (Lima; Flor; Noro, 2023).

Arán, Murta e Lionço (2009) são bem pontuais ao afirmar que para que haja redução nos processos discriminatórios frente à população trans se faz necessária a compreensão da diversidade em relação às possibilidades eróticas e subjetivas, de modo que se busque o respeito à singularidade dos sujeitos e não a normatização de suas vidas.

Segundo Benedetti (2005) embora a epidemia da AIDS tenha provocado que o sistema de saúde haja focado suas prioridades também nas pessoas travestis e transgêneros, conferindo certa visibilidade ao grupo, hoje em dia sabe-se que as questões de saúde enfrentadas por essas pessoas são muito mais complexas, e suas necessidades são muito mais variadas àquelas institucionalizadas e delimitadas pelo poder público na sua função normatizante – se quando uma travesti finalmente consegue atendimento para um problema de pressão alta, por exemplo e a única coisa que o

⁵ Berenice Bento (2006) realizou uma pesquisa de campo com homens e mulheres transgêneros sobre a relação normativa das narrativas de seus processos de redesignação sexual. Bento traz uma definição de transexualidade que a entende como uma experiência “identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero” (Bento, 2006, p.8).

profissional da saúde consegue enxergar ali é um “grupo de risco” (termo, inclusive superado na literatura médica; cf. Bahia; Caldas, 2020) para IST, não houve, de fato, acesso à saúde.

Portanto, questões de saúde entre as travestis vão muito além da HIV/AIDS: o uso de silicone e suas possíveis consequências indesejadas, tais como: câncer de próstata; violência e suas consequências físicas e psicológicas; depressão; o uso sistemático de drogas e suas consequências, bem como a omissão de todos os serviços especializados, como ginecologia e proctologia.

2.1. O estigma na carne

Antes de tudo, é importante compreender que a urgência que se deu no que se refere à contenção de disseminação do vírus HIV/AIDS nos anos 1980 no Brasil levou à necessidade de se olhar para o poder público como única saída possível para salvar as vidas do grande número de pessoas da população LGBTQIAPN+ que estavam sendo contaminadas. Por outro lado, passou também ser uma necessidade para o poder público olhar para essa população, uma vez que a disseminação do vírus, que segundo se falava no início da pandemia, da época era oriundo exclusivamente de relações homoafetivas, também era um problema de interesse social, rapidamente chegou nos lares das “famílias tradicionais” (Bahia; Caldas, 2020).

De qualquer forma, o ponto central aqui é de que a relação entre Estado, e em especial o campo da saúde, e a população LGBTQIAPN+ só se iniciou em decorrência de uma urgência de saúde e não como resultado de um olhar de reconhecimento do poder público para gêneros e sexualidades desviantes da norma.

Assim, para compreendermos as consequências que a relação feita entre a comunidade e o vírus HIV/AIDS causou, Goffman (1980), define o estigma social como “a condição de um indivíduo que é completamente rejeitado pela aceitação social” e se refere a uma “qualidade profundamente depreciativa” (Goffman, 1980, p. 8), ou seja, a condição de não ter qualidades importantes de um grupo social. Nesse sentido, o padrão heterocisnormativo e, ainda, a condição de hospedeiro “natural” do vírus HIV.

Tudo isso como herança do processo de colonização que propagou a teoria ocidental cristã de que as relações entre pessoas do mesmo sexo ou a travestilidade e a transgeneridade são pecado, crime e doença (Bahia, 2016/2017). O resultado disso, é que “as motivações das homofobias variam desde a prática religiosa da maioria da população, que é cristã e condena massivamente a homossexualidade, à sociedade heteronormativa, machista e patriarcal” de modo que “normatiza

o conceito binário do macho e fêmea, representados respectivamente pelo homem e pela mulher, condena todos que destoam do padrão binário, colocando-os em um patamar de subalternidade” (Prado; Machado, 2008, p. 35).

Diante disso e em decorrência dessa distinção, desde sempre feita entre homossexuais e gêneros desviantes e heterossexuais-cisgêneros, criou-se sobre as pessoas que se descreviam como homossexuais ou gêneros desviantes (queers) o rótulo de ameaça social e de “não-humanos” – que é um grave problema ao pensarmos que o Sistema Único de Saúde é criado para oferecer serviços de saúde pública para seres humanos.

Judith Butler (2005) discute como a construção social da humanidade a partir de um conceito universal pode excluir certos grupos, incluindo as pessoas LGBTQIAP+. Para ela, a questão não é apenas garantir direitos para as pessoas, mas também de questionar e desconstruir a ideia de humanidade que exclui esses grupos de todas as ferramentas institucionais. Enquanto aparelhos de Estado (como a escola ou um hospital/UPA) não entenderem que a diversidade impõe dimensões de tratamento igualmente diversas, os cenários de exclusão e/ou “fuga” irão persistir.

O reconhecimento das pessoas trans como não-humanos pode ser visto, por exemplo, em situações em que elas são tratadas como aberrações ou tendo doenças mentais (na psiquiatrização da transgeneridade), ou quando são submetidas a práticas como terapia de conversão (em uma leitura completamente equivocada do que seriam identidade de gênero e orientação sexual). Quando as pessoas são tratadas como “não-humanas” a consequência é o tipo de tratamento que tem sido oferecido às pessoas trans nos espaços de saúde (Goffman, 1980).

Diante do contexto apresentado, evidencia-se a complexa cadeia relacional entre estigma e adoecimento da comunidade LGBTQIAP+ que, por sua vez, culmina no afastamento, em especial, do público transexual, dos espaços de saúde e cria a necessidade da articulação de ações voltadas para promoção de ações diferenciadas (Goffman, 1980 e Bahia; Caldas, 2020), com o objetivo de reduzir desigualdades de grupos em condições de exclusão social e iniquidade em saúde, como se propõe a Política Nacional de Saúde LGBTQIAP+ (Brasil, 2013).

Especificamente, se tratando das pessoas transexuais e travestis, as pesquisas de Sevelius *(et. al)* (2019) revelam que a concepção prévia dos profissionais de saúde de que elas conviveriam com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), fez com que essas usuárias deixem de buscar pelos serviços do SUS para outras demandas, uma vez que o acolhimento é considerado discriminatório por essas pessoas.

Além disso, o preconceito e estigma dos profissionais de saúde relacionados a elas acaba por afastá-las do acesso às estratégias de prevenção combinada do HIV, como o uso da PrEP (Sevelius *et. al*, 2019 e Bahia; Caldas, 2020).

Lionço (2009) ressalta que em reunião do Comitê Técnico de Saúde da População LGBTQIAP+ – instituído pela Portaria GM nº 2.227/2004 – sobre o processo transexualizador no SUS, ocorrida em 2006, já tinha sido enfatizada a despatologização da transexualidade a fim de considerar a autonomia das pessoas trans na condução de suas vidas, de modo que o cuidado em saúde não dependa de normatizações sobre os corpos.

Nesse sentido, a ausência de tratamento especializado para pessoas trans com fundamento na não adequação do sistema do SUS para atendimento de pessoas com sexualidade divergentes, não pode ser um argumento válido, na medida que ele traduz, de forma bem colorida, a necessidade de normatização dos corpos para que o acesso à saúde efetivo ocorra dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS TRANS

Diferentemente de outras questões relacionadas à comunidade LGBT+, o atendimento à saúde é abordado por um amplo conjunto normativo que vai desde diretrizes internacionais até a Constituição Federal, abrangendo leis federais, resoluções do Conselho Federal de Medicina com a Resolução CFM nº 2.294/21, que prevê, expressamente, a utilização das técnicas de reprodução assistida por pessoas transexuais e uma série de outras normas administrativas. Essas regulamentações reforçam a necessidade de garantir o acesso gratuito e universal aos serviços de saúde para pessoas LGBT+, assegurando que todos os tratamentos, exames e consultas disponíveis ao público em geral também estejam acessíveis a essa população, em conformidade com o princípio da integralidade. Essas normas exigem o reconhecimento e a valorização das especificidades dessa comunidade, conforme o princípio da equidade, o que implica em uma atenção diferenciada e adequada às suas particularidades.

Embora a Administração Pública tenha estabelecido normas para garantir os direitos da população trans e travesti, há uma constante violação desses direitos, tanto por omissão quanto por ações diretas. A omissão se manifesta na falta de criação de instrumentos e rotinas que atendam às necessidades específicas dessas pessoas, como a adaptação de sistemas de registro e o respeito ao uso do nome social. Por outro lado, as violações ativas ocorrem quando servidores públicos e

funcionários terceirizados em serviços de saúde, como porteiros e seguranças, não respeitam o nome social ou deixam de atualizar os registros para assegurar que, por exemplo, homens trans tenham acesso a consultas e exames ginecológicos, ou mulheres trans possam ser atendidas por urologistas (Camêllo; Oliveira; Bahia, 2024).

Um bom exemplo do heterocistema que permeia a construção do sujeito epistêmico de direito está nas questões relacionadas aos direitos reprodutivos de homens e mulheres trans. A Declaração de Nascido Vivo ainda associa as categorias de pai e mãe ao sexo atribuído no nascimento, ignorando a identidade de gênero das pessoas, mesmo após a retificação do Registro Civil, conforme determinado na decisão da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI. n. 4.275. Isso gera situações em que um homem trans que gestou seu filho é registrado como mãe na DNV, em vez de pai, contrariando sua identidade de gênero.

Essa controvérsia foi tratada na Arguição de Preceito Fundamental (ADPF) n. 787, em que o STF determinou que o Ministério da Saúde deve garantir atendimento médico a pessoas transgênero e travestis em atenção às suas especificidades em saúde. O STF definiu que a DNV, expedida pelos hospitais no momento do parto de uma criança nascida viva, deve utilizar termos inclusivos de modo que os sistemas de informação do SUS devem ser alterados para assegurar à população trans o acesso pleno, em condições de igualdade, às ações e aos serviços de saúde. Vale ressaltar que na página do processo no *site* do STF consta que essa ação trata de dois ODS. já citados acima: 3 (Saúde e Bem-estar) e 10 (redução das desigualdades)⁶.

Aquela ação foi necessária porque as rotinas administrativas do SUS até então são concebidas com base em um ideal de homem fruto da colonialidade que, na prática, não existe, o que leva à exclusão de quem não se ajusta a esse modelo, ou seja, todas as pessoas que não são cisgênero e heterossexuais. Tanto o Direito quanto a Medicina utilizam generalizações para definir o que é considerado normal. Dentro da ampla variedade de formas de ser e existir, uma única possibilidade é selecionada como normal, enquanto todas as outras são automaticamente vistas como ilícitas, doentias, insanas ou marginalizadas (Silva; Bomfim; Bahia, 2021).

Tal prática, seja no seio do Direito, seja no atendimento à saúde, viola o direito constitucional à saúde, como temos mostrado, ao não abarcar o subprincípio da equidade em saúde. Henrique Nardi; Roger Rios e Paula Machado (2021) vão trazer questionamentos acerca de uma

⁶ Cf. <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6093095>. Sobre a decisão ver a notícia em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/entenda-stf-decide-sobre-uso-de-terminos-inclusivos-para-pessoas-trans-em-declaracao-de-nascimento-do-sus/>.

ética da pluralidade sexual e reprodutiva, de modo a não se ancorar em identidades e hierarquias excludentes que marginalizam certas pessoas nas discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos. Os autores vão demonstrar que as dicotomias homem/mulher, masculino/feminino, heterossexual e homossexual, representam obstáculos para a concepção desses direitos humanos universais. Essa abordagem binarista está enraizada de normativas morais que comprometem a integralidade e a equidade nos programas de saúde.

A abordagem binária é insuficiente e frequentemente transgride os direitos humanos, tornando-se crucial adotar uma perspectiva crítica em relação a essas categorias, promovendo uma compreensão mais ampla, fluida e intercambiável dessas identidades, reconhecendo que essa é a única forma de assegurar a plena efetivação dos direitos humanos, principalmente no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos. A construção da dicotomia sexual se expande para incluir diversas premissas adicionais, entre elas a expectativa de que o bem-estar esteja associado a um futuro cisheterossexual e reprodutivo. Este último pode ser compreendido tanto no contexto de procriação quanto na perpetuação de normas corporais e de gênero.

O veto presidencial ao material de combate à homofobia nas instituições educacionais demonstra a abordagem do Estado na regulamentação das discussões sobre sexualidade. Essas medidas estatais instituem uma hierarquia e orientam o discurso em torno da diversidade sexual utilizando metodologias específicas. Tais decisões sugerem a existência de períodos e locais considerados adequados para a abordagem e aceitação de sexualidade e identidade diversas, indicando que o manejo da diversidade sexual deve aderir a estruturas e procedimentos estabelecidos previamente.

Ao nos debruçarmos sobre estas perspectivas limitadas de sexo e gênero, se faz importante retomarmos a contribuição de Judith Butler (2003), para quem o conceito de sexo é intrinsecamente um conceito de gênero. Caso não façamos esse giro, enfrentamos o perigo de negligenciar, em nossa análise e no reconhecimento jurídico, diversos grupos sociais que experimentam outras formas de expressão sexual e de gênero. Esses grupos também podem representar diversas outras realidades corporais que têm o potencial de desafiar a relação supostamente estável entre “sexo” e “gênero”. Tal omissão pode comprometer o reconhecimento desses indivíduos como sujeitos plenos de direitos dentro do ordenamento jurídico.

Negreiros (2019); Magno (2018); Ferreira (2016); Leite, Terto, Parker (2018) mostram como pessoas trans/travestis são “excluídas” do atendimento primário de saúde, o que torna aquele grupo mais vulnerável em termos de saúde. De acordo com Alexandre Bahia e José Caldas (2020),

o conceito de vulnerabilidade passou a ganhar destaque em publicações de organismos nacionais e internacionais, além de ser incorporado à linguagem acadêmica. Ele vem substituir as antigas noções de grupo de risco e comportamento de risco, que tratavam a questão de maneira estritamente técnico-epidemiológica, sempre relacionando pessoas trans e travestis a IST.

Com essa mudança de abordagem são incorporadas discussões da sociologia e dos direitos humanos. O objetivo é compreender as populações-chave e prioritárias de forma mais abrangente, considerando aspectos interseccionais como gênero, raça, classe social e desigualdade de renda. Neste sentido, Bahia e Caldas (2020) afirmam que questões como o cuidado e a escuta ativa têm ganhado espaço em publicações do Ministério da Saúde e entre pesquisadores das ciências médicas. O cuidado, nesse contexto, envolve a prática de profissionais da saúde que adotem a escuta ativa, ou seja, uma abordagem livre de preconceitos em relação à sexualidade e ao gênero, bem como a comportamentos sexuais que possam ser considerados promíscuos ou desviantes (Bahia; Caldas, 2020). O paciente tem o direito de viver sua sexualidade de maneira plena e saudável. Por isso, a saúde sexual deve ser um tema abordado nas consultas de forma aberta, sem tabus ou preconceitos, garantindo um atendimento mais inclusivo e humanizado (Bahia; Caldas, 2020).

Como alerta o Ministério da Saúde:

Muitas vezes, os profissionais de saúde e os pacientes não abordam esse tema [saúde sexual] nas consultas. Geralmente, há uma tendência em subestimar a necessidade que os usuários têm de externar preocupações relacionadas à sua saúde sexual. Por outro lado, os pacientes querem discutir sua saúde sexual, querem que o profissional aborde essa dimensão de sua vida. É importante que o profissional desenvolva uma rotina de perguntar a todos os seus pacientes adultos e adolescentes questões sobre sexualidade, ajudando a diminuir o preconceito ligado ao diálogo sobre sexo e práticas sexuais (...). Para a anamnese de hábitos sexuais e de risco, é preciso primeiro ganhar a confiança do paciente. Um estilo de abordagem mais direto pode funcionar para alguns; porém, é preferível que o profissional de saúde faça uma aproximação mais gradual, com o objetivo de construir uma relação de confiança, normalizar as perguntas e o assunto, e avançar do geral para o específico (...). Nesse sentido, recomenda-se avisar ao paciente que as perguntas que você está fazendo são feitas para todos os pacientes adultos, independentemente de idade ou de estado civil. Também é importante enfatizar o caráter sigiloso da consulta. Igualmente necessária é a escuta respeitosa sobre as diferentes profissões de cada pessoa, visto que estas também podem contribuir para suas vulnerabilizações, principalmente em se tratando da prostituição (Brasil, Ministério da Saúde, 2019, p. 37-38).

A realidade do atendimento primário à saúde no Brasil ainda mostra resistência à conformação com o paradigma do Estado Democrático de Direito. Em entrevistas conduzidas por Flávia Negreiros (2019) com médicos de UBS em uma capital no Nordeste foram colhidas algumas falas bastante preocupantes quando aqueles trataram LGBT que procuravam a Unidade, como, por exemplo:

“Olha, não dá para tratar o travesti como uma pessoa normal, porque é um paciente de alto risco, precisa ser acompanhado pelo especialista. (M1)”;
“A maneira de falar requer mais cuidado com os homossexuais do que com as pessoas normais. (M9)”;
“[...] francamente, eu acho que deve ter o mesmo [tratamento] de uma pessoa normal, fora dos problemas, dos complexos que ainda existem, esse tabu, mas eu acho que deve ser tratado normal, normal, eu ainda digo pra você normal. (M3)”;
“Não dá pra não associar esse público às DST, como a aids mesmo. (M6)”;
“[...] ter dois nomes pode causar confusão na UBS e na consulta. (M3)”;
“A pessoa tem que aceitar seu nome como é! Não tem problema o nome não condizer com a aparência porque existem pessoas normais que têm nome de homem sendo mulher. Por exemplo, eu tenho uma prima que se chama Maria João. (M5)”.

Para além de toda a exclusão e violência a que estão submetidos em todas as áreas de convívio social, não encontram uma situação diferente quando procuram unidades públicas de saúde, o que configura mais do que só uma violação a “preceito fundamental” mas também e fundamentalmente, um “estado de coisas inconstitucional”, nos termos em que o STF já vem reconhecendo, como na ADPF. 347 e na ADPF. n. 976.

A interdição ao acesso, universal + integral + equitativo, viola todo o esforço havido na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que concebeu as bases do que a Constituição de 1988 viria a criar como SUS n. Quando se pensa em saúde de forma mais compreensiva, a partir da ideia de “Determinantes Sociais de Saúde” (Bus; Pellegrini Filho, 2007), percebe-se como a discriminação estrutural e institucional a que estão submetidas pessoas trans/travestis afeta diretamente sua saúde, pois que:

a marginalização estrutural pela qual passa essa população em razão de sua orientação sexual/identidade de gênero associadas a outros fatores interseccionados (cor, estrato social, desemprego, escolaridade, etc.); o que os deixa relegados ao obscurantismo e expostos a situações de risco muito maiores (Bahia; Caldas, 2020).

Um documento de referência para os Determinantes Sociais de Saúde que destaca que as causas profundas das iniquidades em saúde estão nas condições estruturais que definem a posição social dos indivíduos é: “Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, fruto da “Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde”, realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011:

[a] maior parte da carga de doenças – assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade – os determinantes estruturais –, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico. esses mecanismos estruturais que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos

moldam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde (OMS, 2011, p. 2).

A OMS ressalta, portanto, a importância de intervenções que não apenas tratem os sintomas, mas também enfrentem as causas profundas das desigualdades sociais e econômicas, em busca de uma equidade verdadeira no acesso à saúde e nas condições de vida de cada indivíduo, enfatizando que grande parte das iniquidades e carga de doenças resulta das condições em que as pessoas vivem, nascem e trabalham. Esses determinantes são estruturais, ligados a fatores como a distribuição desigual de renda, discriminação de diversos tipos (gênero, classe, etnia, deficiência, orientação sexual) e à organização das estruturas políticas e de governança que, ao invés de combaterem, muitas vezes reforçam essas desigualdades.

3.1. Despatologização de identidades trans e os caminhos das políticas públicas

No contexto do Direito Constitucional brasileiro as ações e omissões do Ministério da Saúde em relação à atenção primária de pessoas transexuais e travestis configuram graves violações aos preceitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal. Entre esses preceitos, destacam-se o direito à saúde, previsto nos artigos 6º e 196, e os princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade, consagrados nos artigos 1º e 5º. A negligência institucional no desenvolvimento e implementação de políticas públicas eficazes para essa população reflete uma afronta aos direitos fundamentais, intensificando a vulnerabilidade dessas pessoas ao acesso a cuidados de saúde adequados.

A patologização da transexualidade, como exemplificado pela Resolução nº 1.652/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que definia a transexualidade como um "desvio psicológico permanente de identidade sexual", resultou na criação de estigmas ao invés de garantir direitos. Esse entendimento contribuiu para a marginalização da vivência trans, ao tratá-la como uma condição passível de cura ou normalização. Conforme Bento (2006), o processo de patologização não apenas falhou em garantir direitos reais, mas também consolidou uma forma de pensar a transexualidade através de um viés científico restritivo, que buscava oferecer respostas normativas às experiências que desafiam as normas de gênero.

No entanto, o avanço em direção à despatologização trouxe importantes marcos. Em 2010 a Resolução 1.652/2002 foi revogada e em 2013 a Portaria nº 2.803 ampliou o acesso a procedimentos transexualizadores no SUS e promoveu a humanização no atendimento a pessoas

trans. Estudos, como os publicados na revista "The Lancet Psychiatry", demonstram que os problemas psiquiátricos observados em indivíduos trans resultam de fatores externos, como a violência e o preconceito, e não da identidade trans em si (Rodrigues, 2017). Em 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou a transexualidade do rol de doenças mentais na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), passando a classificá-la como incongruência de gênero, uma condição relativa à saúde sexual. Essa mudança, embora significativa, reforça a necessidade de um compromisso estatal contínuo com a promoção da igualdade e da dignidade humana, especialmente no que tange à inclusão de políticas de saúde que respeitem e acolham a população trans e travesti.

Esse histórico de patologização e suas consequências evidenciam a omissão do Estado em assegurar o pleno exercício de direitos para essa população, perpetuando desigualdades e comprometendo a concretização da dignidade humana, um dos pilares do ordenamento jurídico constitucional.

De todo modo, pós-Reforma Sanitária e com o propósito de atender de forma específica às demandas relacionadas ao adoecimento, sofrimento e morte, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema público e universal. Os princípios constitucionais do SUS englobam:

- a) a universalidade do acesso, que assegura o acesso equitativo aos serviços de saúde para toda a população, sem discriminação ou privilégios, em todos os níveis de cuidado; b) a integralidade da atenção, compreendida como a coordenação contínua de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, adaptados às necessidades de cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; c) a participação ativa da comunidade, regulamentada por meio de legislação, por meio de conselhos e conferências de saúde, conforme estabelecido na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990, art. 7.º, inc. I, II, IV e IX).

Seus pilares se explicitam no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, de forma que o SUS deve criar espaços para que sejam abordadas políticas voltadas para grupos em situação de vulnerabilidade e marginalização, como é o caso da população trans, pois, pensar em equidade significa levar em consideração os diversos determinantes sociais da saúde como a orientação sexual e a identidade de gênero.

Em 2004 durante o Governo Lula, ocorre importante marco para história do movimento LGBTQIAP+ no Brasil, com a colaboração ativa da sociedade civil oficialmente é lançado o "Programa Brasil sem Homofobia – Iniciativa de Prevenção da Violência e Promoção dos Direitos da Comunidade GLTB" (Brasil, 2004). Ele consistiu em fornecer amplas diretrizes e orientações para diversos setores do governo, com o objetivo primordial de estabelecer políticas, programas e

medidas que não apenas combatessem a discriminação, mas também assegurassem a igualdade de acesso aos serviços públicos de qualidade.

Mais tarde, a conquista de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo segmento LGBTQIAP+, em 2006, confere um novo sentido de atuação do movimento nos processos de participação democrática no SUS, assim como permite e promove o debate de forma estratégica e permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde.

Ainda nesse mesmo ano, no campo dos direitos e relações internacionais, tem-se a conferência de Yogyakarta, documento assinado por 26 Estados, o qual tinha como finalidade indicar para os estados parâmetros de interpretação da norma de direitos humanos no que tange a orientação sexual e a identidade de gênero. O n. 3 do documento trata especificamente do direito ao reconhecimento perante a lei:

Os Estados deverão:

[...]

b) Tomar todas as medidas legislativas, administrativas e de outros tipos que sejam necessárias para respeitar plenamente e reconhecer legalmente a identidade de gênero autodefinida por cada pessoa. [...] (CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS, 2007, p. 13).

Nesse sentido, a atuação do poder público na prestação de serviços de saúde deve ter coerência com os princípios e direitos fundamentais constitucionais, com os princípios do SUS e com as normas de direitos humanos ou do contrário trata-se de uma atuação passível de controle concentrado por parte do poder judiciário na sua função contramajoritária de sobrepor os princípios constitucionais à vontade da maioria a fim de garantir a igualdade proporcional entre os indivíduos.

Em 2008, na I Conferência Nacional de Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, o Ministério da Saúde submeteu ao debate os princípios da Política LGBT, na intenção de legitimá-los como expressão das necessidades dos grupos LGBT em relação à saúde. A consulta pública, à qual essa Política foi submetida posteriormente, permitiu ampliar a legitimidade da participação social na sua formulação. Finalmente, ao ser aprovada pelo CNS em novembro de 2009, a Política LGBT, legitima-se como fruto de um amplo processo democrático e participativo, mas só em 2011 é instituída pelo SUS por meio da Portaria 2.836 de 1 de Dezembro e passa a ser dever do Ministério da Saúde apoiar técnica e politicamente a implementação pelos estados e municípios. Como segue:

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

I – apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios; (Brasil, 2013).

(...)

Art. 6º Compete aos Municípios:

I – implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;

Art. 5º Compete aos Estados:

I – definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;

Em 2009 foi publicada a Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (Brasil, 2009), que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde, entre eles, o direito ao uso do nome social.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT visa garantir a equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), já que o compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades é uma das bases do Programa Mais Saúde – Direito de Todos (BRASIL, 2008) que almeja reorientar as políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade e, sobretudo, reconhecer os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde e adoecimento da população LGBTQIAP+.

No ano de 2012 o Ministério da Saúde discute a ampliação do Processo Transexualizador por meio de diversas ações. Assim, foram propostas alterações à Portaria nº 457/2008⁷.

No ano de 2020 é instituída pelo governo do Estado de Minas Gerais, a fim de operacionalizar as diretrizes da política Nacional em âmbito estadual, a Política Estadual de Saúde Integral LGBTQIAP+. Ela compreende que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente a saúde das pessoas LGBTQIA+, influenciando nas formas de adoecimento e no acesso e qualidade do serviço, em especial no caso das pessoas transexuais e travestis, que segundo dados da ANTRA possuem uma expectativa de vida de 35 anos, enquanto uma mulher cisgênera tem uma expectativa de 79 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Antra, 2024; IBGE, 2023).

A Política Nacional de Saúde LGBT tem como ponto de partida para a determinação de suas ações o fato de que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2013, p. 14-15).

Em 2011, ainda, o Brasil como parte do conselho de direitos humanos da ONU, propõe em conjunto com outros Estados, a Resolução 17/19, que indica que a orientação sexual e

⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em 08 Mai 2024.

identidade de gênero das pessoas as colocam em situação de vulnerabilidade e consequentes violências, sendo então determinantes sociais que interferem no processo de acesso à saúde.

No modelo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (2003) para explicar as determinantes sociais da saúde, a base é formada pelos indivíduos, suas particularidades, sexualidades e identidades. Em seguida, considera-se o estilo de vida, que não se limita apenas às escolhas individuais, como o hábito de fumar e o uso de drogas, pois essas escolhas são influenciadas por condições sociais. A camada seguinte aborda a rede comunitária de apoio, que desempenha um papel fundamental na saúde da sociedade. Logo após, temos os fatores relacionados às condições de vida e trabalho, destacando que pessoas em desvantagem enfrentam riscos diferenciados, muitas vezes agravados. No nível macro, encontram-se as condições políticas, econômicas, culturais e ambientais.

Compreender a determinação social no dinâmico processo de saúde e doença de indivíduos e coletividades exige o reconhecimento de que a exclusão social resultante do desemprego, falta de acesso à moradia adequada e alimentação digna, bem como obstáculos ao acesso à educação, saúde, lazer e cultura, que é a realidade da maior parte da comunidade LGBTQIAP+, em especial as transexuais e travestis, têm um impacto direto na qualidade de vida e saúde.

Sendo assim, uma vez que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT+ está embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana (art. 1.º, inc. II e III), reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3.º, inc. IV) a mesma visa desempenhar ações com a finalidade de evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde e este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde.

De todo modo, apenas nos últimos anos, o Ministério da Saúde passou a viabilizar demandas específicas das populações de travestis e transexuais por meio de atos normativos internos, como a elaboração de portarias específicas: Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui o Processo Transexualizador, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamenta o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2009 foi publicada a Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de

2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde, entre eles, o direito ao uso do nome social.

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I – 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 (BRASIL, 2009).

No ano de 2011 o Ministério da Saúde apresentou, no Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a seguinte ação prioritária em seu Eixo I – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde: ampliação do Processo Transexualizador, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde.

No ano de 2012 o Ministério da Saúde discute a ampliação do Processo Transexualizador por meio de diversas ações. As alterações foram propostas na perspectiva de ampliar o número de serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar, ampliar a atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, garantindo o acolhimento com qualidade, e permitindo a adequação à nova resolução nº 2.265 de 2019 do Conselho Federal de Medicina.

Com base na resolução:

Art. 2º. A atenção integral à saúde do transgênero deve contemplar todas as suas necessidades, garantindo o acesso, sem qualquer tipo de discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência (Resolução CFM nº 2.265/2019).

Art. 5º. A atenção médica especializada para o cuidado ao transgênero deve ser composta por equipe mínima formada por pediatra (em caso de pacientes com até 18 (dezoito) anos de idade), psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico, sem prejuízo de outras especialidades médicas que atendam à necessidade do Projeto Terapêutico Singular (CFM, 2019).

Nesse sentido, buscou-se atender às reivindicações históricas dos movimentos sociais de travestis e transexuais, incluindo o atendimento ambulatorial para estas populações e não se restringindo à cirurgia de redesignação sexual. Ao final do processo, foram propostas alterações à Portaria nº 457/2008: estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade; não restrição ou centralização da meta terapêutica às cirurgias de redesignação sexual e demais intervenções somáticas; garantia da humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de e

discriminação, inclusive por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, com respeito ao uso do nome social; inclusão de procedimentos, como a hormonioterapia sem indicação para a cirurgia de redesignação sexual, que garantam o atendimento não só à população de transexuais, mas também de travestis; atendimento por equipe interdisciplinar e multiprofissional (psiquiatra, psicólogo; clínico geral; ginecologista; urologista; endocrinologista; enfermagem e serviço social); inclusão de procedimentos que garantam o atendimento à população de transexuais masculinos (ortofaloplastia, mastectomia e histerectomia).

Nesse contexto, a linha de cuidado passa a estar composta por: I – Unidade de Atenção Básica; II – Unidade Ambulatorial Especializada no Processo Transexualizador; III – Unidade Hospitalar Especializada no Processo Transexualizador.

Em 19 de novembro de 2013 foi publicada a Portaria MS nº 2.803, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS, consolidando e normatizando a atenção a travestis e transexuais na saúde pública. Tudo isso porque há um consenso sobre a necessidade do enfrentamento à transfobia no SUS (Bahia; Caldas, 2020). Entende-se que esta é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção. Sendo assim, são necessárias iniciativas estratégicas específicas, entre as quais, a educação permanente de profissionais de Saúde sobre as especificidades em saúde de travestis e transexuais, para uma efetiva política de enfrentamento das iniquidades desta população, que possuem vulnerabilidades acrescidas e maiores dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde. Esta é uma questão fundamental para que o cuidado seja condizente com suas reais necessidades em saúde.

4. A HETEROCISGENERIDADE COMPULSÓRIA INSTITUCIONAL

Para Bento (2006), a heteronormatividade e o gênero binário têm sido parâmetros no processo de seleção dos serviços de saúde por um diagnóstico que considera estereótipos de feminilidade e masculinidade. Assim, para Bento (2006), existiria a discussão de uma ausência de neutralidade dos trabalhadores da saúde no processo de diagnóstico que considera a existência de usuários considerados transexuais “de verdade”, ou melhor, pessoas trans que correspondem às perspectivas de gênero da equipe multiprofissional fundadas no gênero binário e heteronormativo. Trata-se de transfobia no discurso dos multiprofissionais que não considera, por exemplo, a

possibilidade de um homem trans precisar do atendimento do médico ginecologista ou uma mulher trans utilizar o serviço especializado de proctologia.

Os traços de pré-discursividade, binariedade e permanência da cisgeneridade são o que torna a compulsória a todos nós. Pegando emprestado o conceito de Rich (2012), que cria a ideia de heterossexualidade compulsória, a cisgeneridade compulsória diz respeito ao fato de não termos escolha sobre ser ou não compreendido por essa normativa, uma vez que ela está para além do sujeito, como uma estrutura assimétrica fundamental de uma relação de poder. Assim, qualquer identidade ou orientação sexual que escape da sua matriz normalizante é tida como menos natural e legítima, configurada como desvio, abjeção ou é simplesmente invisibilizada.

No contexto do SUS, o despreparo para fornecer serviços específicos de saúde para pessoas trans está intrinsecamente ligado à cisgeneridade compulsória. Muitas políticas de saúde são desenvolvidas com base na ideia de uma população cisgênero padrão, ignorando as necessidades médicas e de saúde mental específicas das pessoas trans.

Portanto, a cisgeneridade compulsória perpetua o despreparo do SUS ao desconsiderar a diversidade de identidades de gênero e ao não garantir acesso equitativo a serviços de saúde para todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero.

Para além disso, o “materialismo médico” (Douglas, 1991) precisa, pois, ser complexificado. Como já sugerido por Foucault, um dos fundamentos da liberdade consiste em não aceitar algo como definitivo, intocável, imóvel, óbvio, “em pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê[...]explorar o que pode ser mudado, no seu próprio pensamento, através de um exercício de um saber que lhe é estranho” (Foucault, 2011, p.15).

A abjeção, em termos sociais, constitui a experiência de ser temido e recusado com repugnância, pois sua própria existência ameaça uma visão homogênea e estável do que é comunidade e de como ela funciona (Miskolci, 2012, p.24).

Nesse sentido, as pessoas trans denunciam e refutam as estratégias reguladoras das categorias sexuais que são embasadas em binarismos. Elas materializam em seus corpos a possibilidade de resistência à norma, proporcionando a desnaturalização da “heteronormatividade idealizada e compulsória” (Butler, 2003).

Essas condutas compulsórias ou de omissão por parte dos serviços de saúde, além de se constituírem como restrições à autonomia pessoal, acabam afastando as pessoas mais estigmatizadas dos serviços de saúde por receio de constrangimentos à sua liberdade e discriminação, dificultando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. Assim, uma vez

que o direito à saúde deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos por meio de políticas e ações públicas que permitam o acesso de todos aos meios adequados para o seu bem-estar, sua realização se dá por meio de prestações positivas, incluindo a disponibilização de serviços e insumos de assistência à saúde, tendo, portanto, a natureza de um direito social, que comporta uma dimensão individual e outra coletiva em sua realização. Falhando a Administração Pública em dar efetividade a um direito tão sobejamente regulamentado, outra saída não há se não o Judiciário.

5. CONCLUSÃO

A heterocisnormatividade institucional apresenta um grande obstáculo ao cumprimento dos ODS, em particular aquelas que visam a inclusão social, saúde e igualdade de gênero. O sistema de saúde brasileiro, assim como outras instituições, como vem sendo sustentado por este estudo, está estruturado em torno de um modelo binário e cisnormativo que marginaliza e invisibiliza identidades trans, o que prejudica diretamente o acesso equitativo a serviços de saúde e o pleno desenvolvimento de todas as pessoas.

Primeiramente, é fundamental concluir que o impacto desse sistema está no alcance do ODS 3, que trata de "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades". A cisgeneridade compulsória é um reflexo direto de um sistema de saúde que, ao considerar o corpo cisgênero como padrão, negligência as necessidades específicas das pessoas trans, como é o exemplo do acesso a cuidados ginecológicos para homens trans, seja em serviços de proctologia para mulheres trans. Essa negligência estrutural constitui uma barreira significativa para a promoção do bem-estar dessas populações, levando muitas vezes à ausência de cuidados ou à discriminação no atendimento. Como resultado, o direito à saúde, que deve ser universal e inclusivo, é restringido, dificultando a prevenção de doenças e a promoção de uma saúde integral.

Ademais, o ODS 5, que visa "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas", é diretamente impactado pela heteronormatividade compulsória. O sistema de gênero binário reforçado pelas instituições de saúde e outras esferas sociais ignora a diversidade de identidades e corpos que não se encaixam nesses moldes tradicionais, perpetuando a marginalização de pessoas trans e de gênero diverso. A recusa em reconhecer essas identidades ou a insistência em encaixá-las em categorias normativas, nega a possibilidade de empoderamento dessas populações. Sem o reconhecimento de sua dignidade e de suas necessidades específicas,

mulheres trans, por exemplo, continuam a enfrentar discriminação e exclusão de políticas que deveriam protegê-las e promovê-las.

Outro ODS afetado é ao ODS 10, que preconiza a "redução das desigualdades dentro dos países e entre eles". A transfobia estrutural dentro das instituições de saúde e a falta de políticas públicas que abordem especificamente as demandas das populações trans evidenciam uma desigualdade sistemática. O despreparo mencionado no trecho em relação ao atendimento a pessoas trans mostra como a cisheteronormatividade mantém essas pessoas em uma posição de vulnerabilidade, excluindo-as dos direitos sociais básicos, como o acesso adequado à saúde. Ao invisibilizar e patologizar identidades que fogem da norma cisgênera e heteronormativa, o sistema reforça e perpetua desigualdades que são contrárias ao espírito do ODS 10.

Portanto, para que os ODS possam ser efetivamente alcançados, é necessário que o sistema de saúde – e, por extensão, as políticas públicas em geral – sejam revisados para incluir e garantir os direitos de pessoas trans em sua diversidade. Isso envolve o reconhecimento da pluralidade de experiências de gênero e sexualidade e a construção de políticas que não apenas reconheçam, mas também promovam ativamente a inclusão e a equidade de todas as pessoas, independentemente de suas identidades de gênero ou orientações sexuais. O Brasil, nesse sentido, vem violando aqueles ODS (quanto à saúde de pessoas trans), não tanto por falta de normas, pois, como visto, há farta legislação internacional, constitucional, legal e em Portarias e similares da Administração Pública. O que lhe falta é atuar, efetivamente, para tomar tais normas e, efetivamente, criar políticas que cheguem até a “ponta” do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Expectativa de vida de pessoas transexuais no Brasil é de 35 anos, metade da média nacional**. Disponível em: <https://antrabrasil.org.br/>. Acesso em: 20 out. 2024.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transsexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência e saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1.141-1.149, 2009.

BAHIA, Alexandre. Sobre a (in)capacidade do direito de lidar com a gramática da diversidade de gênero. **Revista Jurídica da Presidência**, Brasília, v. 18, n. 116, Out. 2016./Jan. 2017, p. 481-506. DOI: <https://doi.org/10.20499/2236-3645.RJP2017v18e116-1465>.

BAHIA, Alexandre; CALDAS, José M. Peixoto. **Prevenção e tratamento de HIV-AIDS para HSH e mulheres trans/travestis: crises e desafios**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020. Disponível em: <https://www.editorafi.org/81mulheres>.

BENEDETTI, M. R. **Gênero**: conceitos e possibilidades. In: NÓS Mulheres: gênero, pobreza e AIDS. Porto Alegre: [s.n.], 2000.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1 ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em 08 Mai 2024.

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

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**: um estudo das noções de poluição e tabu. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 1991.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMÊLLO, Saulo; OLIVEIRA, Letícia; BAHIA, Alexandre. Corpos que gestam: biopolítica e direitos reprodutivos na era farmacopornográfica. In: **Anais do Seminário Internacional Dignidade Humana e Justiça**: tecnopoder, direito e democracia no brasil contemporâneo. Anais. Blumenau(SC) Campus I da FURB, 2024. Disponível em: www.even3.com.br/anais/seminario-internacional-dignidade-humana-e-justica-tecnopoder-direito-e-democracia-no-brasil-contemporaneo-440513/935528-CORPOS-QUE-GESTAM--BIOPOLITICA-E-DIREITOS-REPRODUTIVOS-NA-ERA-FARMACOPORNOGRAFICA. Acesso em: 19/10/2024

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.652/2002**. Disponível: < https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1652_2002.pdf >

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.265/2019**. Disponível em: < https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2019/2265_2019.pdf >

FERREIRA JR., Sérgio (*et al.*). Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 40, n. 6, dezembro/2016;

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2023**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 out. 2024.

JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**: guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Fundação Biblioteca Nacional; 2012. Disponível em: <http://www.diversidadesesexual.com.br/wpcontent/uploads/2013/04/G%C3%8ANEROCONEITOS-E-TERMOS.pdf>.

LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018.

LIMA, R. R. T. de; FLOR, T. B. M.; NORO, L. R. A. Systematic review on health care for transvestites and transsexuals in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 19, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004693. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/210288>. Acesso em: 9 oct. 2023.

MAGNO, Laio (*et al.*). Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. **Plos One**, April 11, 2018, p. 1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306>.

MELLO, LUIZ. Familismo (anti)homossexual e regulação da cidadania no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 2, p. 497-508, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Política Estadual de Saúde Integral LGBT**. Belo Horizonte: Conselho Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-Estadual-de-Sa%C3%BAde-Integral-LGBT-CES.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.

MISKOLCI, Richard. **Teoria queer**: um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

MÜLLER, Friedrich. **Quem é o Povo?** A Questão Fundamental da Democracia. 7a. ed. SP: Revista dos Tribunais, 2013.

NARDI, Henrique Caetano; RIOS, Roger Raupp; MACHADO, Paula Sandrine. Diversidade Sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. **Athenea digital**, v. 12, n. 3, p. 255-266, 2012. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Nardi>. Acesso em: 05 set. 2014.

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de (et al.). Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019;

OMS, Organização Mundial de Saúde. Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**, Rio de Janeiro, 19-21 de outubro de 2011.

PRADO, M. A. M. & Machado, F. V. **Preconceito contra homossexualidades: hierarquia da invisibilidade**. São Paulo: Cortez, 2008.

RODRIGUES, B. A. **A despatologização da transexualidade e o processo transexualizador como um direito fundamental**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Centro Universitário de Brasília, Brasília. p., 24

SEVELIUS J; MURRAY LR; FERNANDES NM; VERAS MA, GRINSZTEJN B; LIPPMAN SA. Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. **Cult. Health Sex.** 2019; 21(5):543-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1496277>.

SILVA, Jéssica Bueno da; BOMFIM, Rainer; BAHIA, Alexandre. Decolonialidade e a Perspectiva LGBTI: a exclusão das sexualidades e gênero pelas construções hegemônicas. **Revista da AGU**, v. 20, n. 01. p. 201-222, jan./mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25109/2525-328X.v.20.n.01.2021.2460>.

Recebido em: 20/10/2024
Aprovado em: 31/10/2024

Editores da seção:
Dra. Ivone Fernandes Morcilo Lixa
Dr. Marcelino Meleu

Editor geral:
Dr. Leonardo da Rocha de Souza

Editoras executivas:
Janine Miranda Weiner Vicente da Silva
Júlia Mogk Ehrat
Layra Linda Rego Pena
Martina Hering Ferreira