



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **O estado da arte sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais**

**André Luís Melo dos Santos**

Salvador (Bahia)  
Outubro, 2016

Melo dos Santos, André Luís

O estado da arte sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais / André Luís Melo dos Santos. -- Salvador, 2016.

51 f.

Orientadora: Maria Inês Costa Dourado.

TCC (Graduação - Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2016.

1. Travestis. 2. Transexuais. 3. Saúde. 4. Acesso.  
5. Barreiras. I. Inês Costa Dourado, Maria. II. Título



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **O estado da arte sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais**

**André Luís Melo dos Santos**

Professora orientadora: **Maria Inês Costa Dourado**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial à conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Outubro, 2016

**Monografia:** *O estado da arte sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais*, de **André Luís Melo dos Santos**.

Professora orientadora: Maria Inês Costa Dourado

### **COMISSÃO REVISORA**

- **Maria Inês Costa Dourado**, Professora do Departamento de Saúde Coletiva I do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Assinatura: \_\_\_\_\_

- **Rejâne Maria Lira da Silva**, Professora do Departamento de Zoologia do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia

Assinatura: \_\_\_\_\_

- **Ivete Maria Santos Oliveira**, Professora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

Assinatura: \_\_\_\_\_

- **Marcelo Borges Botelho**, Doutorando do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

Assinatura: \_\_\_\_\_

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

“Desistimos de ser seres humanos para sermos quem somos. ”  
**Leila Dumaresq**

*“Quando não souber o que falar, não fale nada  
Então não venha me ocupar  
Apontando defeito dos outros  
Como se isso fosse normal  
Julgando-se perfeito, isso em si é um defeito  
E você pode ver  
Todos nós temos uma infinidade de defeitos  
Mas também temos qualidades  
Que não dá nem pra contar, não é” [...]*

**Ponto de Equilíbrio**

## DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos jovens negros brasileiros  
às mulheres negras brasileiras  
às pessoas homossexuais, lésbicas e bissexuais brasileiras

Mas sobretudo e principalmente  
às Travestis, Mulheres Transexuais e Homens Transexuais  
Àquelas que já conheci e Às muitas que ainda não conheci  
que sirva apenas de instrumento para o ecoar das Suas vozes.

Sem mais silêncios.

## **EQUIPE**

- ❖ André Luís Melo dos Santos, Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Correio-e: [aluism15@gmail.com](mailto:aluism15@gmail.com)
- ❖ Maria Inês Costa Dourado, Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia
- Instituto de Saúde Coletiva

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

<b>Recursos Próprios</b>
--------------------------



## AGRADECIMENTOS

- Às forças ancestrais que me guiam, com toda a sua luz;
- À minha família, em especial a minha mãe, Evinha, a meu pai, Luís, a minha irmã Joyce e aos meus irmãos pela confiança e esforço para construir caminhos que venho trilhando. Sou imensamente grato pelo estímulo dos olhares;
- A minha orientadora, Inês Dourado, que me incentivou a desenvolver esse estudo desde o começo;
- Às professoras Rejâne Lira e Ivete Santos, pelas preciosas considerações, não apenas na revisão, mas ao longo da vida;
- À *maloca*, minha família de coração, pelos tantos instantes de equilíbrio e conforto;
- A Keila, Ariane, Milena, Ayune, Leila, Vivi, Francisco, João, Tito, Leonardo, Bento e outras pessoas trans, pela coragem de ser quem são e, assim, mostrar que é possível ser exatamente a experiência humana que se é;
- Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Aids e outras Doenças Infeciosas, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, pelo apoio à pesquisa e pelos inúmeros momentos de aprendizados e reflexões;
- Ao Levante Popular da Juventude e o Fórum Acadêmico de Saúde pela formação política e pela práxis, que construímos sempre de punhos erguidos;
- Ao Coletivo Além do Que se Vê, e às (aos) companheiras do Diretório Acadêmico de Medicina, pela inspiração militante e pela disposição para fazer *viramundo*;
- À irmandade do NegreX, pela sua existência e resistência;
- Aos amigos Diogo, Fátima, Ailton, Lílian, pelas palavras, na voz ou no verso, que foram caminhos para finalizar este trabalho;

## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	<b>2</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>5</b>
III.1. <i>O fenômeno transexual</i> ao longo da história	
III.2. O processo Transexualizador no Brasil	
III.3. Transexualidade e Saúde: interfaces e desafios para efetivação de um direito	
<b>IV. METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>15</b>
V.1. Características da amostra	
V.2. Quais são as barreiras enfrentadas pelas pessoas trans?	
V.3. Classificação das barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais	
<b>VI. DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
<b>VII. CONCLUSÃO</b>	<b>32</b>
<b>VIII. SUMMARY</b>	<b>33</b>
<b>IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>34</b>
<b>XI. ANEXOS</b>	<b>39</b>
ANEXO I: Lista das referências excluídas pela leitura do título	
ANEXO II: Lista das referências excluídas pela leitura do resumo	
ANEXO III: Lista das referências excluídas pela leitura do texto completo	

## ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

### QUADROS

- QUADRO 1.** Pubmed termos e unitermos ou expressões segundo descritores sobre barreiras no acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais, 2000-2014. **14**
- QUADRO 2.** Caracterização da produção de conhecimento sobre barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais, 2000-2014. **15**
- QUADRO 3.** Classificação das barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais, 2016. **24**

### FIGURAS

- FIGURA 1.** Diagrama de fluxo de informação segundo a recomendação PRISMA. **14**
- FIGURA 2.** Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade”. **27**

## I. RESUMO

**[O ESTADO DA ARTE SOBRE AS BARREIRAS NO ACESSO À SAÚDE PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS]** Pessoas travestis e transexuais (trans) em muitos lugares do mundo e no Brasil são consideradas sujeitos desviantes das normas pré-estabelecidas de sexo e gênero pelo saber biomédico e vivenciam diversas limitações no que tange a sua liberdade individual e os direitos sociais, como educação e saúde. Nesse campo, torna-se necessário questionar as barreiras que são impostas ao público trans no acesso aos serviços e ações em saúde, uma vez que as instituições desse setor reverberam estigmas e normas patologizantes, potencializando situações de vulnerabilidade. Desse modo, este estudo objetiva investigar e analisar as produções científicas sobre barreiras no acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais, com vistas a tecer um panorama teórico-conceitual sobre o estado da arte nesse tema. O trabalho foi desenvolvido através de revisão integrativa da literatura em bases de dados indexadas como *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, *BVS* e *Scielo*, excluindo-se da amostra estudos que fugiam ao tema, bem como outras revisões da literatura. Foram encontrados ao todo 43 trabalhos, dos quais 13 foram selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Foi possível identificar que as barreiras presentes no contexto do acesso à saúde pelas pessoas trans figuram em pelo menos três dimensões: barreiras socioestruturais, barreiras pessoais e barreiras programáticas. No que concerne a estas últimas, a relação entre as pessoas que trabalham nos serviços de saúde e a população trans mostrou-se emblemática em nosso estudo. Além disso, há evidências de que médicos percebem barreiras para cuidar de pacientes trans e se sentem mal equipados para transpor esses obstáculos. Assim, espera-se que este trabalho, iluminando a produção científica sobre o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde, aponte caminhos para o desenvolvimento de novas investigações que sugiram estratégias de reduzir essas barreiras.

Palavras Chaves: Travestis, Transexuais, Saúde, Acesso, Barreiras.

.

## II. OBJETIVOS

### **PRINCIPAL**

Identificar o estado atual da arte das barreiras no acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais.

### **SECUNDÁRIOS**

1. Investigar as produções científicas sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais.
2. Mapear quais são as barreiras no acesso aos serviços de saúde públicos e privados para travestis e transexuais.
3. Analisar o estado do conhecimento sobre barreiras no acesso a saúde para travestis e transexuais.
4. Sintetizar as evidências disponíveis na literatura sobre barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais.
5. Identificar lacunas que apontem para o desenvolvimento de investigações futuras no tema.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### I. O FENÔMENO TRANSEXUAL AO LONGO DA HISTÓRIA

Em um determinado momento da história (final do século XIX) ocorreu um processo de disputa entre medicina e direito sobre quem teria a palavra final acerca da sexualidade humana. O crescimento de uma *scientia sexualis*, ou sexologia, a partir dos estudos de Richard von Kraft Ebbing, inauguram na Alemanha um novo olhar sobre as sexualidades, que até então legitimava a criminalização da sodomia, como no Código Penal prussiano, por exemplo (Russo, 2009). Em sua mais eminente obra, *Psychopathia Sexualis* (1886), o psiquiatra alemão descreve comportamentos que divergem da norma heterossexual, estabelecendo um conjunto de variedades consideradas bizarras até hoje, como o masoquismo, fetichismo, sadismo, exibicionismo, sexualidade antipática, pedofilia, zoofilia e outros (ibid).

O antropólogo Luiz Fernando Duarte, em seu trabalho *A Psychopathia Sexualis de Krafft-Ebing, ou o progresso moral pelas perversões* remonta o processo histórico da obra do sexólogo, no qual ele coloca que “O seu sucesso comercial [da obra de Kraft Ebbing] é a melhor prova de que um grande número de pessoas infelizes encontra em suas páginas instrução e alívio nas manifestações frequentemente tão enigmáticas de sua vida sexual”. O trecho acima evidencia o papel de relevância que os estudos sexológicos assumiram para a sociedade alemã da época, caracterizando um período a partir do qual os discursos médicos sobre a sexualidade passaram a assumir caráter de hegemonia em grande parte da sociedade ocidental.

Por outro lado, nos primeiros passos da sexologia enquanto ciência, surgiram discursos alternativos ao que dizia Kraft Ebbing e que, posteriormente, influenciaram adaptações em sua própria obra. Nesse sentido, deve-se considerar as produções de Magnus Hirschfeld e Karl Heinrich Ulrichs – o primeiro era médico e o segundo, jurista, ambos homossexuais – que iniciam o “movimento pela reforma sexual”, cujas principais reivindicações eram, segundo Bullough (1994):

a educação sexual, a igualdade sexual de homens e mulheres, a reforma das leis de casamento e divórcio, o encorajamento da contracepção e do controle da natalidade, a reforma das leis do aborto, a proteção da mãe solteira e do filho ilegítimo, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a remoção dos fatores econômicos que levavam as mulheres à prostituição, a promoção de uma atitude racional para com pessoas sexualmente “anormais”, a reforma das leis sobre delitos sexuais” (Russo, 2009).

A partir de 1930, os estudos sobre sexualidade de Hirshfeld (que é considerando o primeiro a cunhar o termo “transexualismo”) ganham o mundo, em especial os EUA. Viu-se na sociedade norte-americana, sobretudo no segundo pós-guerra, um crescimento do interesse popular sobre a experiência transexual, bem como dos médicos e pesquisadores pelas cirurgias de mudança de sexo, cujos ensaios bem-sucedidos ocorridos na Europa deslocam, segundo Benjamin Neves a crença das pessoas de que o sexo é algo imutável. (Neves, 2015; Souza 2014). É nesse contexto que emerge o trabalho de Harry Benjamin, endocrinologista alemão, que foi um dos principais responsáveis pela concepção moderna da transexualidade – enquanto patologia psiquiátrica – através da sua obra *The Transsexual Phenomenon*, em 1966.

Optou-se por utilizar definições terminológicas “nativas” (utilizadas pela população estudada) para se referir às identidades trazidas no estudo. *Pessoa trans* aqui se refere a travestis e transexuais, ou seja, indivíduos que nasceram com corpo biológico masculino, e que vivenciam experiência de gênero feminina, por vezes lançando mão de estratégias de transformação corporal para alinhar seu corpo à sua identidade de gênero (Tagliamento, 2012). Ou vice-versa, indivíduos que nasceram com corpo biológico feminino e que vivenciam o gênero masculino, podendo realizar transformações corporais a fim de atingir esse objetivo. Por vezes, usa-se os termos “mulher trans” ou “homem trans” para se referir a primeira e a segunda designação, respectivamente (ibid).

Ainda segundo a autora, não utilizamos “travesti”, “transexual” e “transgênero” como sinônimos. Apesar de existir no meio biomédico uma distinção evidente essas identidades, várias pessoas transitam entre elas, em diferentes tempos de suas vidas, o que exige maior flexibilidade de tais normas classificatórias. Assim, utiliza-se “travesti” e “transexual” como duas subjetividades que se demarcam muito mais pelo discurso dessa população, do que pela classificação nosológica da literatura médica. Não utilizamos esses termos no sentido de “transgênero”, expressão bastante presente na literatura estadunidense, que se refere ao trânsito de gênero entre masculino e feminino. Entende-se que, na perspectiva de gênero das pessoas trans, elas pertencem apenas ao gênero feminino ou ao gênero masculino, com a liberdade inclusive de reiterar certos padrões de gênero nessa construção identitária (ibid).

Além disso, considera-se também a distinção entre as expressões citadas e outras como “homossexual”, “lésbica”, “bissexual” ou “pansexual”, que se relacionam à orientação sexual, ou seja, à capacidade de cada pessoa ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas.

## II. TRANSEXUALIDADE E SAÚDE NO BRASIL

Os primeiros debates sobre transexualidade e saúde pública no Brasil, que vieram a propor uma regulação ético-jurídico sobre cirurgias de mudança de sexo e outras modificações corporais para pessoas transexuais ocorreu na década de 1990 (Arán *et al.*, 2009). A cirurgia foi considerada o tratamento mais eficaz pela possibilidade de adequação genital ao sexo o qual o indivíduo se identificava. Em virtude dessa demanda e dessa proposta dos Conselhos Regionais de Medicina, em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da resolução 1482/97 regulamenta, de modo experimental, cirurgias de redesignação genital em pacientes transexuais no Brasil.

Essa resolução, segundo a pesquisadora Márcia Arán e colaboradoras, foi baseada nos princípios da beneficência, devido ao fato de oportunizar integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica da pessoa interessada; autonomia – direito a autodesignação e a dispor do próprio corpo – e justiça, pela garantia de que a pessoa não seja discriminada no seu pleito (Arán *et al.*, 2009). A partir de então as cirurgias puderam ser realizadas no Brasil em hospitais universitários e para fins de pesquisa, sendo necessário um acompanhamento prévio de dois anos com equipe multidisciplinar e confirmação diagnóstica de Disforia de Gênero (CID – F64). Em 2002, o CFM publica a Resolução 1652/02, que revoga a resolução de 1997 e autoriza a realização das cirurgias de neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares para feminilização corporal em hospitais públicos, independentemente da atividade de pesquisa. Além disso, permite a realização das cirurgias de neofaloplastia – masculinização das genitais – em caráter experimental, a serem realizadas em hospitais universitários ou de pesquisa (ibid, p.1144). Apesar desta última ter sido revogada em 2010 pela Resolução CFM n. 1955/10, não houve alterações substanciais nas orientações do Conselho acerca dos procedimentos já estabelecidos.

Como afirmam Aran e Murta (2009), seguindo um padrão internacional, percebe-se que a assistência em saúde aos sujeitos trans no Brasil se iniciou na revanche de uma afirmação tácita da patologia psiquiátrica a qual, supostamente, todos os sujeitos que pleiteassem a cirurgia estariam acometidos. Segundo Murta (2007), segundo a nosologia psiquiátrica construída ao longo do século XX, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu os critérios que se tornaram condição de acesso à assistência médica e jurídica na transexualidade.



A partir da regularização estatal da assistência, começaram a surgir centros especializados nas demandas desse público, nos quais a psiquiatrização do transexualismo tornou-se um eixo de orientação da prática clínica. Ao longo da última década, a submissão dos pacientes a um diagnóstico psiquiátrico tem sido bastante problematizada, sobretudo pelo movimento de transexuais, sobretudo devido aos efeitos que esse processo produz. Considerando os princípios de vulnerabilidade e autonomia dos indivíduos sobre seus corpos, em 2005 foi elaborado um documento – como resultado da I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública no Brasil – que estabelecia diretrizes unificadas de assistência a essa população e um protocolo único para a rede de serviços públicos de saúde. Tal documento é considerado nos dias de hoje referência para a elaboração de políticas públicas para transexuais no Brasil (Murta, 2008; Aran *et.al.*,2008).

A garantia do direito à saúde para a população trans, na perspectiva do SUS, passa por um atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, incluindo, como estratégia, o uso do nome social como forma de promoção de acesso ao sistema e a luta pela materialização do direito à saúde desvinculada à necessidade de diagnóstico psicopatológico. Ressalta-se que a porta de entrada na rede de serviços do SUS, que é o caso da Estratégia de Saúde da Família, demanda conscientização das diferentes modalidades de constituição de redes familiares, distintas do padrão heterossexual, primando pelo respeito à singularidade dos sujeitos e combatendo todas as formas de normatização que impliquem processos de exclusão e discriminação das pessoas, inclusive cerceando o seu direito à saúde. (Freire *et.al*, 2013; Lionço 2008).

A partir da articulação do movimento de pessoas trans e da conseqüente problematização da assistência a essa população no país, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM 1.707, de 18 de agosto de 2008 formalizou diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008). Segundo Lionço (2009), o Processo Transexualizador compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde implicadas no processo de transformação dos caracteres sexuais pelos quais podem passar indivíduos transexuais em determinado momento de suas vidas. A autora ressalta que não se trata do estabelecimento de diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, mas somente daquelas ações necessárias à garantia do direito à saúde, circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo do nascimento.

A concepção de transexualidade adotada nos documentos oficiais limita a designação de “transexual” apenas àquelas pessoas que desejam realizar cirurgia nas genitais, com vistas a feminizá-las ou masculinizá-las, segundo o desejo das mulheres e homens transexuais, respectivamente.

Todavia, Lionço, concordando com vários estudos etnográficos sobre travestis desenvolvidos no Brasil, questiona esse viés na legislação, pois considera que as travestis também buscam construir uma identidade corporal feminina, embora fora dos padrões binários; ou seja, ostentam uma androginia (ibid, p.54; Pelúcio, 2005; Kulick, 2007).

### **III. TRANSEXUALIDADE E SAÚDE: INTERFACES E DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DE UM DIREITO**

A saúde, como prevista na Lei N.8.080/90 (Brasil, 1990), é um processo de construção ideal, na medida em que se observam diversas desigualdades entre os sujeitos-alvo do SUS, que devem ser objeto de políticas públicas com vistas a diminuir a exclusão e violação de direitos fundamentais, como a Saúde. Sabidamente a equidade não se configura como um princípio, seja na Carta Magna ou na legislação relativa ao SUS, mas na tentativa de alcançar processos de saúde-acesso-assistência universais e integrais, a política de saúde em voga deve superar desigualdades que, longe do ideal, configuram a realidade do sistema (Lionço, 2008).

Nesse sentido, é importante considerar que a política pública em saúde para a população LGBT deve transpor as perspectivas patologizantes, a fim de alcançar a integralidade do cuidado. Deve-se atentar para as representações sociais estigmatizadas desse público que estão, em grande parte, associadas à determinação social de seus agravos à saúde. Segundo Lionço (2008), é preciso reiterar que a necessidade de políticas públicas voltadas para a população LGBT não decorre de características intrínsecas desses sujeitos, mas tão somente das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes, em relação a suposto padrão de normalidade ou 'saúde' implicados na heteronormatividade vigente.

No curso de avanços da promoção à saúde para a população LGBT no Brasil, é importante evidenciar o Programa Brasil Sem Homofobia que, mesmo sem financiamento público, propôs uma estratégia de atender às demandas dos movimentos sociais LGBT na superação das diversas formas de preconceito e marginalização, inclusive no âmbito dos serviços assistenciais de saúde (Duarte, 2014). A própria Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, lançada em 2010, depois de um longo processo de debates e pactuações entre diversos atores, expressa “uma ausência de referência explícita a transexuais” (Mello *et.al.*, 2011). Apesar dos avanços supracitados, como aponta Duarte (201), observa-se um hiato entre o que está no papel e o que concretamente ocorre nos lugares de cuidado em saúde para o público LGBT e, em especial, às pessoas trans.

Perilo e Pedrosa (2010) comparam dois modelos de atenção à saúde de LGBT que convivem paralelamente no Brasil: 1) modelo baseado na prevenção de DST/HIV/Aids, baseado no controle dessas epidemias e administração do “risco” e 2) modelo de atenção integral à saúde, baseado numa pluralidade de procedimentos, atendimento e acesso a serviços com vistas à consolidação da cidadania de pessoas LGBT. Os autores defendem que, apesar de diferentes, estes modelos não são excludentes entre si, de modo que cada um deles atua em setores diferentes na construção de um único projeto de emancipação dessa população, embora apenas as ações centralizadas nas DST/HIV/Aids tenham regulamentação orçamentária definida.

Especificamente sobre a população trans, pouco tem se estudado na literatura a respeito de seu acesso à saúde integral. Segundo Tagliamento (2012), em revisão sistemática realizada em 2012, a maior parte dos trabalhos – nacionais e internacionais – relacionados ao tema discorriam sobre comportamento de risco para infecção e tratamento de Aids na população de mulheres trans profissionais do sexo. Tais estudos, segundo a autora, direcionam para uma análise centrada no indivíduo sem perceber processos sociais e pragmáticos que os tornam mais vulneráveis a esses agravos. Além disso, direcionam a discussão sobre saúde de pessoas trans às temáticas de tratamento hormonal, cirurgia de redesignação genital e DST/AIDS, sem uma perspectiva de saúde integral para essa população (ibid, p.23).

Ainda assim, é possível identificar alguns estudos que versam sobre as experiências de pessoas trans em seu acesso integral à saúde. Duarte (2014) destaca que infelizmente as situações de discriminação e preconceito institucional, bem como o despreparo e a falta de conhecimento sobre identidade ou expressão de gênero compõem o cerne dessa questão e, portanto, ainda há muito a ser feito para reverter o processo de anos de exclusão e invisibilidade dessa população. O autor sinaliza alguns pontos-chave quanto aos tabus presentes no cotidiano das instituições de saúde, a saber: i) um constrangimento da ordem do medo, tanto por parte das (os) usuárias (os) quanto dos profissionais, a respeito de determinados assuntos ligados à sexualidade; ii) estranhamento por parte dos profissionais de saúde em lidar com “um corpo estranho”, gerando situações de resistência e repulsa em ambos os agentes do processo, quando não, omissão e indiferença; iii) situações vexatórias, olhares curiosos e discriminações vividas em serviços de saúde.

Sociás e colaboradores (2014) apontam que a experiência trans é alvo de opressões, estigmatização, isolamento social e vulnerabilidade econômica, fatores que conjuntamente contribuem para o aumento no risco de doenças sexualmente transmissíveis, uso de substâncias psicoativas e sofrimento psíquico. Segundo estudo realizado pela autora e colaboradores em 2013 na

Argentina, revelou-se que 40% das mulheres trans entrevistadas evitam ir aos serviços de saúde devido a sua identidade de gênero, sobretudo se elas já tem um estigma pessoal prévio (Sociás et al, 2014). Tagliamento (2012) pontua que, em observações psicoterápicas realizadas entre 2007 e 2008 com mulheres trans, estas relatavam tratamento diferenciado em relação às (aos) demais usuárias (os), quando procuravam os serviços de saúde, sobretudo quando recorriam ao serviço com suspeita de alguma infecção sexualmente transmissível.

Segundo Romano, (2008), observando mulheres trans atendidas em unidade de saúde do Rio de Janeiro, destaca que não havia um reconhecimento das pessoas trans, que eram colocadas para um *não-lugar*, como “não pessoas”, por parte dos profissionais de saúde, talvez por desconhecimento ou distanciamento. Ainda segundo a autora, tal situação era causadora de relatos indignados em relação ao serviço por parte das pessoas trans, além de absenteísmo e interrupção ou abandono de tratamento médico (apud Tagliamento, 2012).

Roberts e Fantz (2014) publicaram uma revisão na qual consideram que a população trans representa um dos mais grupos mais marginalizados e carentes na atenção médica, devendo, pois, ser o cerne de estratégias dos serviços de saúde que objetivem a superação dos estigmas que impõem barreiras ao cuidado dessas pessoas. Nesse sentido, as autoras elencam quatro barreiras principais no acesso à saúde por pessoas trans:

- *relutância em assumir sua identidade de gênero*: a maior parte das pessoas trans guardam experiências negativas de negação de cuidado, violência verbal e física em tentativas de acesso à saúde. Por essas e outras causas, pessoas trans preferem não mostrar sua identidade de gênero, mesmo em cenários de cuidado à saúde, devido à ansiedade acerca de possíveis consequências negativas;

- *barreiras estruturais*: pessoas trans tem limitações em usar banheiros públicos identificados pelo sexo, bem como ter acesso a serviços de medicina laboratorial sem o estigma de ser alguém com caracteres hormonais ambíguos;

- *barreiras financeiras*: o desemprego entre pessoas trans chega a ser o dobro da quantidade na população geral. Além disso, a condição de trânsito de gênero é um fator que exclui o público trans do mercado de seguros privados de saúde.

- *profissionais de saúde*: educação e evidência: talvez a barreira mais impressionante para dispor um cuidado global para a população trans seja a falta de conhecimento de suas necessidades e qualidades únicas pelos profissionais de saúde (Roberts & Fantz, 2014).

Na última década, políticas públicas foram criadas no sentido de diminuir a vulnerabilidade da população LGBT em relação a questões de direitos à saúde, como o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGTB e Promoção da Cidadania Homossexual (Brasil, 2004); as portarias que instituem e atualizam o Processo Transexualizador no SUS (Brasil, 2008); a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2011), além da Carta dos direitos dos usuários da saúde, a qual defende a assistência humanizada e acolhedora a todas as pessoas, independente de orientação sexual ou identidade de gênero (Brasil, 2011). Porém, nota-se escassez de estudos que investiguem e descrevam as barreiras existentes no acesso de travestis e transexuais ao Sistema Único de Saúde – SUS. Há, todavia, evidências de que fatores relacionados à forma como os serviços se organizam, à postura de profissionais, ao estigma e ao constrangimento vivenciado pelo público trans comprometem a materialização do direito à saúde nessa população (Freire *et al.*, 2013).

Dessa forma, este trabalho se justifica pelo esforço de diversos atores e atrizes para consolidar o acesso aos serviços de saúde por pessoas trans de forma equânime e eficaz. Como afirma Ferraz (2010, p.2):

“Se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, então a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero”.

## IV. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática da literatura, do tipo integrativa, a fim de descrever o estado da arte sobre as barreiras no acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais (Mendes *et al.*, 2008; Ferreira, 2002). Uma revisão integrativa consiste numa metodologia de pesquisa científica que sintetiza e analisa a literatura empírica e teórica sobre determinado fenômeno, fornecendo uma compreensão abrangente sobre o assunto estudado, além de apontar lacunas a serem preenchidas por novos estudos (Botelho *et al.*, 2011). Para Whitemore e Knafl (2005), uma boa revisão integrativa apresenta o estado da arte sobre um tema, contribuindo para o desenvolvimento de teorias. Assim, optou-se por essa metodologia, considerando a escassez de evidências produzidas até o momento sobre acesso à saúde para pessoas trans, bem como a demanda por formulações teóricas nesse campo.

A busca de artigos científicos foi realizada nas bases de dados eletrônicos PubMed (U.S. National Library of Medicine - National Institutes of Health), Scopus, Web of Science by Thomson Reuters, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados artigos em inglês ou português, cuja publicação se deu entre 2000 e 2014.

Como critério de inclusão, tornaram-se elegíveis estudos que envolveram a população transgênero (travestis e transexuais), bem como a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros), desde que tivessem participação significativa de travestis e transexuais. Foram incluídos estudos empíricos, de metodologias qualitativas ou quantitativas. Em relação aos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes fatores: i) artigos fora do intervalo de tempo; ii) artigos que trabalhassem com outras populações que não incluíssem as pessoas trans; iii) estudos que fugiam ao tema de acesso à saúde e iv) estudos de revisão da literatura. No que concerne a esse último, apesar da literatura endossar o uso de artigos de revisão na construção de revisões integrativas, decidiu-se por não incluir estes estudos na amostra, embora alguns deles estejam citados ao longo do trabalho. A figura 1 denota o processo de seleção dos artigos, segundo o modelo de fluxo de informação presente na recomendação PRISMA, que consiste num guia criado para ajudar autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises (Liberati & Altman, 2015).

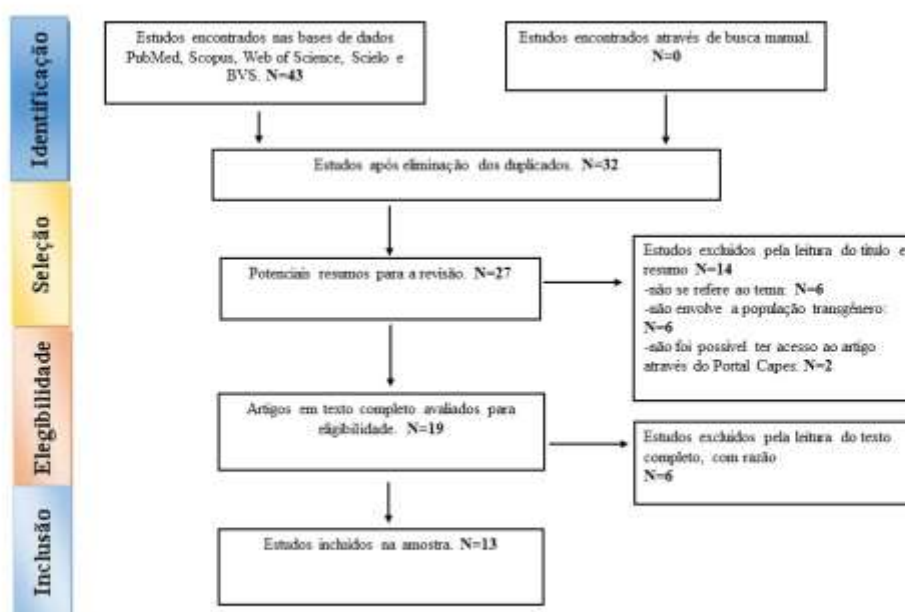
Foram usados os descritores: “transgender”, “transexual”, “travesti”, “healthcare”, “access”, “barriers”, e os operadores booleanos AND e OR (procedimentos de busca Medline). O detalhamento da busca resultou em: “transgender” OR “transexual” OR “travesti” AND “healthcare” AND “access” AND “barriers”. Referências bibliográficas e citações em texto também serão revisadas.

**Quadro 1.** Pubmed termos e unitermos ou expressões segundo descritores sobre barreiras no acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais, 2000-2014

Descritor	Pubmed Search Term
	(((((("transgender persons"[MeSH Terms] OR ("transgender"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "transgender persons"[All Fields] OR "transgender"[All Fields]) OR transexual[All Fields]) OR travesti[All Fields]) AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR "healthcare"[All Fields])) AND access[All Fields]) AND barriers[All Fields]) AND ("2000"[PDAT] : "2014"[PDAT]))

Para a investigação documental nas bases de dados *Scopus*, *Web of Science* e *BVS* utilizou-se os seguintes unitermos e operadores booleanos: “healthcare” AND “access” AND “barriers” AND (“transgender” OR “transexual”). Dos artigos selecionados sumarizamos em quadro: autores, ano de publicação, base de dados de origem, N amostral, metodologia, objetivo, população estudada e barreiras encontradas.

**Figura 1.** Diagrama de fluxo de informação segundo a recomendação PRISMA, adaptado de Liberati & Altman (2009).



## V. RESULTADOS

**Quadro 2.** Caracterização da produção de conhecimento sobre barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais, 2000-2014

Artigo	Autores, Ano de Publicação	Base de Dados	N	Metodologia	Objetivo	População estudada	Barreiras encontradas
1	<u>Daley A.</u> , <u>MacDonnell JA.</u> , 2014	PubMed	15	Qualitativa (grupos focais, entrevistas)	Abordar a lacuna existente na literatura sobre acesso aos serviços de saúde para a população LGBT, relatando dados qualitativos iniciais sobre formação acerca das experiências e necessidades de LGBTs, pelos profissionais de saúde que trabalham em um grande centro urbano em Ontario, Canadá.	Profissionais de saúde dos serviços de <i>homecare</i> em Ontario, Canadá.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raras oportunidades de participar de discussões sobre temas LGBTQ ao longo do currículo profissional formal;</li> <li>2. Necessidade de precaução, por parte dos profissionais de saúde ao lidar com a comunidade LGBT devido à sua associação com HIV/AIDS;</li> <li>3. Ausência de oportunidades, por parte dos médicos, de contato com temas LGBTQ em seus locais de trabalho.</li> </ol>
2	<u>Socias MA.</u> , <u>Marshal BDL.</u> , <u>Aristegui I.</u> , <u>Romero M.</u> , <u>Cahn P.</u> , <u>Kerr T.</u> , <u>Sued O.</u> 2014	PubMed Web of Science, BVS	452	Quantitativa-Corte transversal (questionário)	Explorar fatores individuais, socio-estruturais e ambientais associados à evasão de cuidado em saúde entre as mulheres trans na Argentina.	Mulheres trans da Argentina.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 40% da amostra (n=184) evadiu dos serviços de saúde devido à sua condição de trans;</li> <li>2. Exposição a violência policial;</li> <li>3. Estigma internalizado;</li> <li>4. Experiências de discriminação por profissionais de saúde ou pacientes;</li> <li>5. Protocolos de cuidado inexistentes ou inapropriados para usuários trans;</li> <li>6. Custos com cuidado em saúde.</li> </ol>
3	<u>Snelgrove JW.</u> , <u>Jasudavicius AM.</u> , <u>Rowe BW.</u> , <u>Head EM.</u> , <u>Bauer GR.</u> , 2012	PubMed Web of Science, BVS	13	Qualitativa (entrevistas individuais semi-estruturadas)	Ampliar a literatura atual, examinando essas e outras barreiras no cuidado em saúde observadas por médicos no atendimento aos pacientes trans.	Médicos de Ontario, Canadá	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transfobia;</li> <li>2. Abuso verbal;</li> <li>3. Falta de conhecimento por parte dos profissionais;</li> <li>4. Falta de reconhecimento de políticas públicas para população trans;</li> <li>5. ausência de serviços de saúde destinados às pessoas trans;</li> <li>6. Recusa em internar pessoas trans em enfermarias de acordo com o gênero autodesignado;</li> </ol> <p><b>Barreiras observadas pelos profissionais de saúde</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Dificuldade de acesso a informações sobre cuidado à saúde para pessoas trans,</li> <li>8. Déficit no conhecimento médico específico sobre questões trans,</li> <li>9. Problemas éticos no cuidado em saúde para a transição de gênero,</li> <li>10. Patologização das identidades trans.</li> </ol>
4	<u>Boyce S.</u> , <u>Barrington C.</u> , <u>Bolaños H.</u> , <u>Arandi</u>	PubMed	29	Qualitativa (entrevistas individuais)	Identificar barreiras no acesso aos serviços de saúde sexual, incluindo serviços de testagem em HIV e outras DSTs entre	Mulheres trans, homossexuais e indivíduos heterossexuais da	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medo da discriminação relacionada a sua identidade sexual</li> <li>2. Recusa dos profissionais em se referir ao nome social</li> <li>3. Longos períodos de espera em serviços públicos de saúde</li> </ol>



	<u>CG. Paz-Bailey G. 2011</u>			semiestruturada s)	gays, bissexuais, HSH que se identificam como heterossexuais e mulheres trans na cidade da Guatemala.	Cidade da Guatemala.	4. Estigma e discriminação relacionados ao HIV/AIDS; 5. Falta de suporte social; 6. Custos com cuidado em saúde.
5	<u>Chakrapani V. Newman PA. Shunmugam A. Dubrow R. 2011</u>	PubMed	34	Qualitativa (grupos focais e entrevistas individuais semiestruturadas)	Informar sobre intervenções efetivas para aumentar o acesso a TARV para <i>kothis e aravanis</i> vivendo com HIV em Chennai.	HSH e mulheres trans de Chennai, Índia.	<b>Barreiras familiares/sociais</b> 1. Falta de suporte familiar; 2. Discriminação e falta de suporte entre seus pares; 3. Necessidades básicas (alimento e moradia) não atendidas; <b>Barreiras do sistema de saúde (institucionais)</b> 4. Experiências negativas com profissionais de saúde; 5. Desrespeito ao nome social; 6. Ausência de serviços de aconselhamento; 7. Quebra do sigilo profissional; 8. Falta de intervenções como foco na prevenção ao HIV/AIDS; <b>Barreiras individuais no acesso a TARV</b> 9. Medo do estigma; 10. Medo da discriminação; 11. Rejeição pelos seus pares; 12. Fatalismo; 13. Isolamento social; 14. Abuso de álcool; 15. Falta de orientação sobre a TARV.
6	<u>Golub SA. Gamarel KE. Rendina HJ. Surace A. Lelutiu-Weinberger CL. 2013</u>	PubMed	184	Quantitativa (questionário virtual)	Examinar facilitadores e barreiras para acessibilidade a PrEP, além de motivações para aderência entre HSH e mulheres trans sob risco ao HIV.	HSH e mulheres trans de New York, EUA.	<b>Barreiras específicas na aceitabilidade e aderência a PrEP:</b> 1. efeitos da PrEP a longo tempo na saúde 2. efeitos colaterais da PrEP 3. PrEP não fornece proteção completa contra o HIV
7	<u>Logie CH. James L. Tharao W. Loutfy MR. 2012</u>	PubMed	23	Qualitativa (grupos focais)	Investigar desafios no dia a dia e experiências de acesso aos serviços de HIV/AIDS entre mulheres LGBT vivendo com HIV em Toronto, Canadá.	Mulheres lésbicas, bissexuais, <i>queer</i> e mulheres trans de Toronto, Canadá	1. Múltiplas formas de estigma; 2. Estigma relacionado ao HIV; 3. Estigma sexual; 4. Homofobia; 5. Heterossexismo; 6. Transfobia; 7. Cisnormatividade; 8. Marginalização <b>Fatores de risco estruturais</b> 9. Exclusão social; 10. Violência; <b>Prevenção inadequada ao HIV;</b> 11. Escassez de informação sobre prevenção ao HIV; 12. Lacunas em prevenção secundária; 13. Heteronormatividade nos grupos de apoio; 14. cuidado em saúde discriminatório e incompetente; <b>Sobre representatividade nas pesquisas sobre HIV</b> 15. visibilidade limitada nos discursos sobre HIV

							16. necessidade de <i>conhecimento a ação</i>
8	<u>Melendez RM, Pinto RM. 2009</u>	PubMed	20	Qualitativa (questionário semi-estruturado)	Examinar como uma clínica comunitária que oferece serviços gratuitos ou a baixo custo chama atenção para as necessidades de saúde das mulheres trans.	Mulheres trans de New York, EUA.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tensões identitárias: muitas mulheres trans se sentem mulheres completas <i>per se</i>, não sendo agradável, portanto, classificá-las como trans em todo o tempo;</li> <li>2. Tensões com homens gays: mulheres trans relataram várias experiências de discriminação por parte de homens gays, o que se configura como uma barreira para que as pessoas trans utilizem serviços voltados a comunidade LGBT, por exemplo;</li> <li>3. Clínicas que fornecem atenção à saúde não integral;</li> <li>4. Impossibilidade de pagar por saúde.</li> </ol>
9	<u>Sanchez F, Sanchez JP, Danoff MD. 2009</u>	PubMed	101	Quantitativa – Corte Transversal (questionário)	Identificar formas de melhorar o acesso ao cuidado em saúde, hormonioterapia segura e assistência, alcançando os objetivos do <i>Health People 2010</i> .	Mulheres trans de New York, EUA.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldade de acesso a um profissional consciente das questões trans;</li> <li>2. Dificuldade de acesso a um profissional sensível às questões trans;</li> <li>3. Custos com cuidado em saúde;</li> <li>4. Acesso a especialista;</li> <li>5. Distância entre residência e serviço de saúde;</li> <li>6. Idioma utilizado no serviço.</li> </ol>
10	<u>Kenagy GP. 2005</u>	PubMed	182	Quantitativa – (entrevistas semi-estruturadas)	Esse estudo usou dados empíricos de dois formulários de avaliação para documentar questões-chave que afetam a saúde das pessoas trans: HIV/AIDS, suicídio, violência e acesso a serviços de saúde.	Mulheres e homens trans de Filadélfia, EUA.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Negação de cuidado em saúde nos serviços de referência;</li> <li>2. Discriminação dentro do sistema de saúde;</li> <li>3. Falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde;</li> <li>4. Insensibilidade;</li> <li>5. Hostilidade nos serviços de saúde;</li> <li>6. Falta de um seguro de saúde;</li> <li>7. Custo;</li> <li>8. Racismo estrutural;</li> </ol>
11	<u>Clark ME, Landers, S, Linde R, Sperber J. 2001</u>	PubMed	324	Quantitativa – Corte transversal (questionário)	Esse programa objetivou eliminar barreiras no acesso à saúde para a comunidade LGBT, fomentando o desenvolvimento de políticas de promoção a saúde compreensivas e culturalmente adequadas, além de serviços de saúde para população LGBT e seus familiares, bem como expandir a coleta de dados apropriados sobre saúde LGBT.	Mulheres lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros dos EUA.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de consciência e entendimento dos profissionais de saúde sobre questões de saúde LGBT</li> <li>2. Discriminação dentro do serviço</li> <li>3. Estigma</li> </ol> <p><b>Barreiras (indiretas) para participação de profissionais em treinamento sobre questões trans</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tempo reduzido dos profissionais de saúde;</li> <li>5. LGBTfobia institucional;</li> <li>6. Participação voluntária;</li> </ol>
12	<u>BeattieTSH, Bhattacharjee P, Suresh S, Isac S, Ramesh BM, Moses S. 2012</u>	Web of Science	302	Qualitativa (grupos focais)	Os autores visaram entender as barreiras e identificar potenciais soluções para melhorar a utilização de serviços de HIV/AIDS.	Mulheres profissionais do sexo, HSH e pessoas trans	<p><b>Barreiras no acesso aos serviços de HIV/AIDS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medo do impacto de uma sorologia positiva;</li> <li>2. Falta de conhecimento sobre serviços de referência</li> <li>3. Fatalismo;</li> <li>4. Medo da rejeição dentro da comunidade trans;</li> <li>5. Atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde;</li> <li>6. Falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde;</li> <li>7. Recusa do serviço em atender e tratar;</li> <li>8. Prescrição de medicamentos não-efetivos;</li> </ol>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>9. Estigma relacionado ao HIV dentro do serviço;</li> <li>10. Experiências de discriminação em outros serviços de saúde;</li> <li>11. Quebra da confidencialidade;</li> <li>12. Longa distância para chegar ao serviço de saúde;</li> <li>13. Custos com cuidado em saúde.</li> </ul>	
13	<u>Sevelius JM,</u> <u>Patouhas EMA,</u> <u>Keatley JG,</u> <u>Johnson MO,</u> <u>2013</u>	BVS	38	Qualitativa (entrevistas individuais e grupos focais)	Esse estudo examinou barreiras culturais únicas e facilitadores no engajamento e retenção de cuidados no campo do HIV/AIDS, bem como fortalecer esforços para minimizar disparidades de saúde, guiado pelos <i>Models of Gender Affirmation and Health Care Empowerment</i> .	Mulheres trans HIV+	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ser designada como HSH nos serviços de referência para HIV/AIDS;</li> <li>2. Experiências prévias de transfobia;</li> <li>3. Desrespeito ao uso do nome social nos serviços de saúde;</li> <li>4. Estigma relacionado ao HIV;</li> <li>5. Quebra da confidencialidade;</li> <li>6. Necessidade de escolher entre TARV e hormonização;</li> <li>7. Insegurança de vida (moradia, emprego, segurança pessoal);</li> <li>8. Abuso de drogas;</li> <li>9. Isolamento pessoal;</li> <li>10. Rejeição pela família;</li> <li>11. Racismo estrutural;</li> <li>12. Sofrimento mental.</li> </ul>

## V.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Foram encontrados 43 artigos até março de 2015. Destes, após exclusão dos duplicados, restaram 32 para seleção. Dezenove foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão, sendo seis por fugirem ao tema das barreiras no acesso à saúde, seis por não trabalharem com travestis e transexuais como população-alvo, dois por não estarem disponíveis no portal *Periódicos Capes* e cinco por serem outras revisões da literatura. Desses últimos, alguns são citados ao longo deste trabalho pela relevância das informações que trazem, embora não façam parte da amostra.

Um total de doze artigos e um relatório de avaliação política foram selecionados após leitura integral do texto. Desses, 60% (n=8) tratam sobre estudos qualitativos, cujas metodologias variam entre grupos focais e entrevistas individuais; alguns estudos utilizam ambas. Dos estudos quantitativos, que consistem na menor parte da amostra (n=5), utilizou-se questionários e entrevistas semiestruturadas. Devido à escassez de estudos nessa temática, optou-se por manter os estudos que foram realizados com população-alvo mais ampla do que “travestis e transexuais”. Viu-se, assim, que 2 artigos estudaram profissionais de saúde, 3 artigos estudaram a população LGBT, 2 artigos voltaram-se para as mulheres profissionais do sexo (entre mulheres trans e cis), 2 artigos com homens que fazem sexo com homens e mulheres trans e 5 artigos estudaram apenas pessoas trans.

Em relação à localização, seis estudos foram realizados nos Estados Unidos, três no Canadá, dois na Índia, um na Argentina e outro na Guatemala. Não foram encontrados estudos brasileiros através da ferramenta de busca utilizada, todavia, alguns estudos nacionais achados manualmente são citados ao longo do texto. Sumarizamos as barreiras identificadas em cada estudo na tabela 1.

## V.2. QUAIS SÃO AS BARREIRAS ENFRENTADAS PELAS PESSOAS TRANS?

De modo geral, percebeu-se que alguns entraves são mais comuns em relação aos demais, sendo trazidos por vários estudos, mesmo aqueles realizados em realidades sociais e culturais distintas. *Transfobia* foi considerada por Snelgrove e colaboradoras (2012) como a experiência de discriminação baseada na assunção de uma identidade ou expressão de gênero que difere do sexo designado ao nascimento. Para essas autoras, em concordância com outros estudos revisados, a transfobia constitui uma importante barreira no acesso à saúde, tanto no âmbito da atenção primária, como da atenção especializada, tais como saúde mental, abuso de drogas psicoativas e HIV/AIDS.

Aqui, transfobia se refere especialmente às experiências de violência policial, abuso verbal e rejeição, elementos presentes na literatura que demonstram a condição multifatorial das barreiras estruturais no acesso à saúde para travestis e transexuais (Logie *et al.*, 2012; Socías *et al.*, 2014). As situações de discriminação vivenciadas pelas pessoas trans dentro do sistema de saúde serão trazidas de forma mais específica ao longo do trabalho, pois, ainda que possam se configurar como violência transfóbica – por exemplo, desrespeito ao nome social, negação de cuidado e hostilidade –, merecem maior visibilidade para os fins deste estudo.

Logie e colaboradoras (2012) consideram que estruturas sociais como o *heterossexismo* e a *cisnormatividade* contribuem para o déficit de estudos com enfoque nas vulnerabilidades de mulheres LGBTs, especialmente as que vivem com HIV. Para elas, o heterossexismo está relacionado a uma estrutura de poder sociocultural que reforça o estigma sexual através da normalização da heterossexualidade, em detrimento da desvalorização de quaisquer sexualidades não-hétero. Por outro lado, o conceito de cisnormatividade refere-se a um sistema de crenças de que todas as pessoas são cisgêneras, ou seja, vivenciam o alinhamento entre identidade de gênero e sexo biológico. Ambas as normas sociais, em especial a cisnormatividade, são elementos que capturam a natureza sistêmica e estrutural da marginalização e transfobia que atinge as pessoas trans.

A discriminação que parte de profissionais de saúde foi vista como a barreira que mais comumente obstaculiza o acesso a saúde para as pessoas trans, sendo referida ora como experiências prévias discriminatórias dentro dos serviços de saúde, ora como medo da recorrência de tais vivências traumáticas (Daley *et al.*, 2014; Socías *et al.*, 2014; Snelgrove *et al.*, 2012; Boyce *et al.*, 2011; Chakrapani *et al.*, 2011; Logie *et al.*, 2012; Kenagy *et al.*, 2005; Clark *et al.*, 2001; Beattie *et al.*, 2012; Sevelius *et al.*, 2013). Socías e col., por exemplo, ao explorar os fatores relacionados a evasão dos serviços de saúde entre mulheres trans argentinas, identificam algumas situações específicas de discriminação dentro desses locais, como *negação de cuidado*, *desrespeito ao nome social* (acontece, via de regra, quando as pessoas trans são tratadas por outro nome que não o que elas se identificam, geralmente pelo nome presente no registro civil), *hostilidade*, escárnio ou ameaças. Nesse campo, as consequências das experiências prévias de transfobia podem ser trazidas inclusive de forma mais subjetiva, como mostra Kenagy (2005), cujo estudo realizado com homens e mulheres trans da Filadélfia (EUA) revelou que hostilidade e insensibilidade por parte dos profissionais são barreiras potentes no cuidado em saúde para essa população.

A relação entre profissionais de saúde e pessoas trans que buscam os serviços mostrou-se emblemática no nosso estudo, como podemos apresentar também pela *falta de conhecimento sobre questões trans* (Daley *et al.*, 2014; Snelgrove *et al.*, 2012; Logie *et al.*, 2012; Sanchez *et al.*, 2009; Kenagy *et al.*, 2005; Clark *et al.*, 2001; Beattie *et al.*, 2012). Daley e MacDonnel investigaram lacunas no conhecimento sobre experiências e necessidades da população LGBT entre trabalhadores de um grande centro de saúde urbano em Ontario, evidenciando que a escassez de discussões dessas questões ao longo da formação, bem como em seus locais de trabalho condicionam práticas inadequadas no processo de cuidado. Além disso, a debilidade na atenção oferecida às pessoas trans está relacionada a falta de protocolos de cuidado para essa população – ou sua inadequação, em geral, quando existem – e representa um desafio para as mulheres trans que buscam os serviços de saúde, sobretudo se observadas conjuntamente com as atitudes transfóbicas por parte de profissionais de saúde mal treinados (Sociás *et al.*, 2013).

O *estigma* enfrentado por travestis e transexuais na sociedade também foi identificado como uma importante barreira no acesso a saúde (Daley *et al.*, 2014; Boyce *et al.*, 2011; Chakrapani *et al.*, 2011; Logie *et al.*, 2012; ; Clark *et al.*, 2001; Beattie *et al.*, 2012; Sevelius *et al.*, 2013). A percepção de *estigma relacionado a condição de transgênero* demonstra como a marginalização social é um processo penetrante para as pessoas trans, e presente nos mais diversos espaços sociais, inclusive dentro das instituições de saúde. Sociás e colaboradores em sua pesquisa descrevem o estigma internalizado como o sentimento de culpa, vergonha, baixa autoestima e autopunição, resultante dos processos sociais de transfobia e violência. Ademais, percebemos também que travestis e transexuais enfrentam *estigma relacionado ao HIV*, mesmo quando não apresentam demandas relacionadas a doença. Com base nisto, Beattie e col. (2012) trazem o conceito de *estigma duplo*, caracterizando a condição de transgênero e a associação tácita com HIV/AIDS como elementos que, de forma associada, dilatam a vulnerabilidade que incide sobre essa população e limitam suas chances de acesso a saúde.

Algumas barreiras mais amplas também foram trazidas com relevância nos estudos revisados. A *falta de suporte* por parte da família e amigos mostrou-se uma questão-chave para compreender a situação de marginalização das pessoas trans (Boyce *et al.*, 2011; Chakrapani *et al.*, 2011; Logie *et al.*, 2012; Mendelez & Pinto, 2009; Beattie *et al.*, 2012; Sevelius *et al.*, 2013). Logie e col. estabelecem que a *exclusão social*, de forma sistemática, resulta no sentimento de silenciamento e da necessidade de viver disfarçado, cerceando bastante os espaços para discussão sobre identidades de

gênero e sexualidade. Sevellius e col acrescentam o isolamento e a rejeição como aspectos envolvidos nesse processo, que se inicia ainda na infância e se amplia, alcançando questões financeiras, engajamento com trabalho sexual e orientações para o transito de gênero (uso de hormônios e silicone industrial, por exemplo).

Chakrapani e colaboradores (2011) realizaram em Chennai, na Índia, um estudo qualitativo com *kothis*<sup>1</sup> e *aravanis*<sup>2</sup> vivendo com HIV, a fim de identificar e entender as barreiras vivenciadas por essa população na utilização da terapia antirretroviral. Observamos que a falta de suporte familiar, a discriminação entre seus pares, as experiências negativas com profissionais de saúde e a quebra de confidencialidade são alguns obstáculos presentes no acesso à saúde para travestis e transexuais indianas. Além disso, as características culturais desse contexto específico revelaram barreiras mais profundas, como a luta para satisfazer *necessidades básicas* de alimentação e moradia. O estudo mostrou que a expulsão precoce dos seus lares, bem como a instabilidade financeira (decorrente do trabalho como profissional do sexo) exacerbam vulnerabilidades, levando *kothis* e *aravanis* a viver em locais insalubres, a preocupar-se excessivamente com a obtenção de renda e, conseqüentemente, adiar o início da TARV.

O *medo* da discriminação, da rejeição e do estigma foi identificado como uma barreira presente nos dois estudos realizados na Índia, tanto no supracitado, quanto na investigação qualitativa feita por Beattie e colaboradoras, em 2012. Para essas últimas, o medo do impacto psicossocial de uma sorologia positiva para HIV representa a principal barreira para que mulheres profissionais do sexo, travestis e transexuais tenham acesso aos serviços de testagem e tratamento. Para ambos os artigos, o medo da discriminação pela família, vizinhos e amigos afeta direta e negativamente a utilização dos serviços de HIV/AIDS pelas pessoas trans, e essa experiência pode ser vivenciada inclusive dentro de suas próprias comunidades.

Outro obstáculo encarado de forma generalizada pelas pessoas trans foi o *custo elevado com cuidados médicos* (Sociás *et al.*, 2014; Boyce *et al.*, 2011; Mendelez & Pinto, 2009; Sanchez *et al.*, 2009; Kenagy *et al.*, 2005; Beattie *et al.*, 2012), sobretudo quando se trata do acesso a um médico especialista, como endocrinologista ou psiquiatra. Nota-se que a configuração dessa questão como uma barreira no acesso a saúde se sustenta, por um lado, na existência sistemas de saúde baseados na

---

<sup>1</sup> *Kothis* e *Aravanis* são designações locais para as expressões de gênero trans. Segundo Beattie *et al.* (2012), *Kothis* refere-se a homens afeminados que podem vivenciar o gênero feminino, mas mantêm as genitais masculinas. Na leitura ocidental, apresentam correlação com o conceito de travesti.

<sup>2</sup> *Aravanis* é como são chamadas as *hijras* em Chennai. Ao fim e ao cabo, ambas as designações se referem às mulheres transexuais (*male-to-female*), independentemente de ter ou não realizado cirurgia nas genitais (ibid, p.43).

capacidade de pagar (vários estudos foram realizados nos EUA, onde não existe sistema universal) e, por outro, na dificuldade suportada pelas pessoas trans de dispendir altos custos para obter cuidado em saúde. Considerando o conceito ampliado de saúde, é essencial estabelecer conexões entre as barreiras identificadas por este estudo, por exemplo, notando que a exclusão social, relacionada a evasão escolar e baixa escolaridade, culmina, ao fim e ao cabo, com a segregação que travestis e transexuais enfrentam em sua busca por emprego, galgando postos com piores condições de trabalho e menor remuneração.

Barreiras geográficas também se mostraram presentes nos estudos analisados, como se vê pela percepção da *distância entre a residência e o serviço de saúde* (Sanchez et al, 2009; Beattie et al, 2012). Para além da lonjura, que *per si* dificulta o acesso a saúde, os custos relacionados a esse transporte, bem como o tempo investido nisso, em detrimento da realização de outros afazeres, como trabalhar, são fatores relacionados ao afastamento entre sujeitos trans e o sistema de saúde. Concorre para o fato o horário de funcionamentos dos serviços, via de regra, apenas durante o dia.

### **V.3 CLASSIFICAÇÃO DAS BARREIRAS NO ACESSO A SAÚDE PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS**

As barreiras no acesso a saúde para travestis e transexuais são classificadas no quadro 3. A distribuição temática das barreiras se deu por um modelo teórico de aproximação, isto é, agrupou-se os obstáculos no acesso à saúde identificados em cada estudo através de suas semelhanças temáticas. Por exemplo, “exposição a violência policial”, “transfobia” e “abuso verbal”, citações dos estudos amostrados, foram aqui reunidas e apresentadas como “transfobia”, que se configura como uma barreira estrutural. Esse raciocínio de correlação se aplica para a maioria dos entraves citados no quadro 3. Para a categorização em barreiras socioestruturais, individuais e programáticas, utilizamos as formulações sobre o conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres (2005, p.123) e Tagliamento (2015, p.71).

As barreiras sócio-estruturais tratam sobre as estruturas de poder vigentes na sociedade, que legitimam processos de violência e discriminação vividos pelas pessoas trans em diversos momentos de suas vidas, seja na relação com a escola, família e amigos, seja na relação com o sistema de saúde. As barreiras pessoais estão relacionadas ao indivíduo, evidenciando os efeitos subjetivos causados sobretudo pelas experiências prévias de transfobia e violência, que são geradoras de sofrimento mental. Nos serviços de saúde, de um modo geral, é onde se situam os principais



obstáculos trazidos pelas pessoas trans nos estudos pesquisados: as barreiras programáticas. As situações variam desde desrespeito ao uso no nome social, a recusa em atender e tratar e tantas outras formas de discriminação que impactam negativamente as pessoas travestis e transexuais em sua busca pelas ações e serviços de saúde.

**Quadro 3.** Classificação das barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais, 2016

<b>Barreiras Sócio-estruturais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transfobia</li> <li>-Estigma</li> <li>-Exclusão social</li> <li>-Heterossexismo</li> <li>-Cisnormatividade</li> </ul>
<b>Barreiras Pessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estigma internalizado</li> <li>-Medo</li> <li>-Isolamento social</li> <li>-Falta de suporte familiar</li> <li>-Necessidades básicas não satisfeitas</li> </ul>
<b>Barreiras programáticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Discriminação nos serviços de saúde</li> <li>-Falta de conhecimento sobre questões trans por profissionais de saúde</li> <li>-Ausência de serviços de saúde destinados às pessoas trans</li> <li>-Recusa em internar pessoas trans de acordo com o gênero designado</li> <li>-Hostilidade</li> <li>-Negação de cuidado</li> <li>-Quebra do sigilo profissional</li> <li>-Estigma duplo</li> <li>-Invisibilidade nas políticas de saúde</li> <li>-Custo com cuidado em saúde</li> <li>-Idioma utilizado no serviço</li> <li>-Distância residência-serviço</li> </ul>

## VI. DISCUSSÃO

Para iniciarmos esta discussão, partiremos das formulações produzidas sobre o conceito de acesso à saúde. A noção do que são e como atuam as barreiras no acesso exige visões ora ampliadas, ora restritas do que representa a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde por diferentes grupos populacionais. Por isso, contextualizamos algumas representações teóricas sobre acesso, ao passo em que nos deteremos mais sobre uma ou outra para que, ao fim e ao cabo, tenha-se uma perspectiva sobre a complexidade desse conceito, bem como de onde atuam os obstáculos que travestis e transexuais enfrentam nesse processo.

Para Travassos e Martins (2004, p.190), uso compreende todo contato, direto e indireto, com os serviços de saúde e sua determinação, em linhas gerais, relaciona-se aos seguintes fatores: i) à necessidade de saúde; ii) às características dos usuários; iii) aos prestadores de serviços, ou profissionais de saúde; iv) à organização, v) à política. Nesse sentido, a utilização ou uso dos serviços de saúde é o resultante da interação do comportamento do indivíduo que busca cuidados e do comportamento do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Segundo as autoras, as atitudes dos profissionais de saúde definem, em grande parte, o tipo e a intensidade dos recursos consumidos para resolver os problemas dos pacientes. Tal concepção evidencia, assim, a responsabilidade dos prestadores na produção de saúde, considerando que estes, em certa medida, conheçam ou se disponham a conhecer a realidade e as demandas dos sujeitos que buscam os serviços. Nesse sentido, viu-se que para travestis e transexuais, o (des) conhecimento dos profissionais acerca das questões principais relacionadas a transexualidade foi uma barreira comumente encontrada nos estudos com essa população.

Acesso é um conceito que será tão complexo quanto forem diversas necessidades de saúde das pessoas. Varia bastante entre os autores, que ora utilizam o substantivo acessibilidade, ou ainda, disponibilidade, como sinônimos, ora analisam suas diferenças. Donabedian, segundo Travassos e Martins, emprega o termo acessibilidade para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Em outras palavras, a acessibilidade seria um dos aspectos da oferta de serviços relativo a capacidade de produzi-los e de responder às demandas de saúde de um grupo populacional (ibid, p.191). Para as autoras, existem características dos serviços de saúde que facilitam ou limitam o seu uso por “potenciais usuários”, representando uma dimensão crucial das variações na utilização dos serviços. Pode-se perguntar, então, se, à luz dessa concepção de acessibilidade, travestis e

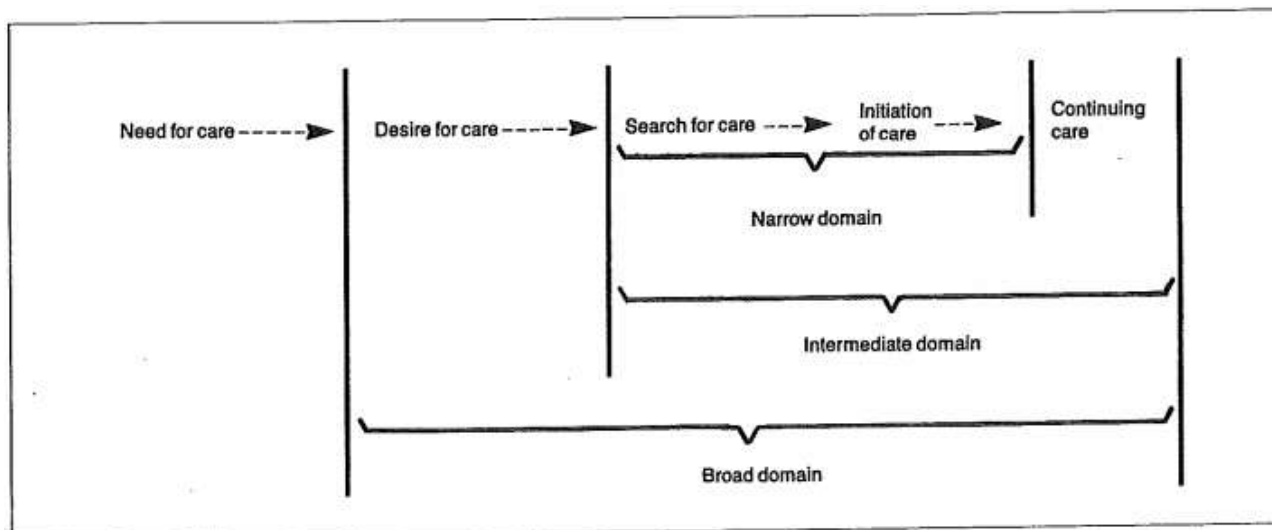
transexuais são potenciais usuárias do sistema de saúde? Se sim, sob quais fatores condicionantes? Tentaremos responder essas questões mais adiante.

Donabedian desenvolve o seu conceito de acessibilidade em duas dimensões distintas, a sócio-organizacional e a geográfica. Esta última se refere a disponibilidade dos serviços em função do espaço e do tempo, enquanto a primeira inclui todas as características da oferta de serviços de saúde (Sanchez & Ciconelli, 2012; *ibidem*). Dessa forma, sua visão do acesso exclui a percepção de problemas de saúde e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Frenk fundamenta-se na proposta de Donabedian e a amplia, propondo uma sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade de saúde e a obtenção dos cuidados necessários. Neste viés, incorpora-se os determinantes das necessidades e do desejo de procurar serviços de saúde no domínio da acessibilidade, podendo ainda mensurar seu impacto na utilização dos serviços e continuidade do cuidado (Travassos & Martins, 2004). Assim, para os fins desse estudo, aludimos ao conceito de acessibilidade de Frenk sempre que nos referirmos a acesso.

Frenk propõe que o “acesso” se relacione tanto com a disponibilidade dos serviços, fazendo referência às características da oferta de serviços de saúde, quanto aos aspectos que denotam a habilidade de um cliente, ou grupo de clientes buscarem e obterem cuidado. Nesse último viés, acesso se refere às características da população de potenciais ou reais usuários do serviço. Frenk usa a expressão “poder de utilização” para se referir a tais características, que mantem complementaridade com certas “resistências”, isto é, obstáculos para procurar e obter cuidados. Para o autor, a relação entre poder de utilização e resistência alude a relação entre a capacidade de pagamento e a renda individual, por exemplo. Dessa forma, para delinear o sentido das barreiras no acesso à saúde neste estudo, remetemos a noção de resistências em Frenk, bem como os obstáculos que se situam efetivamente nos processos de cuidado (Frenk, 1992, p.845; Travassos e Martins, 2004).

A figura 2 esquematiza as possíveis dimensões da acessibilidade na visão deste autor, que variam entre um domínio restrito (*narrow domain*), que inclui apenas a busca por cuidados de saúde e o início destes; um domínio intermediário (*intermediate domain*), que considera também a continuidade dos cuidados, e um domínio amplo (*broader domain*), que abrange o desejo de buscar serviços de saúde, mas exclui as necessidades de saúde em si. Veremos que, a partir da análise dos resultados encontrados, é possível estabelecer relações entre determinadas barreiras no acesso com as demandas de saúde de travestis e transexuais, sobretudo se levamos em consideração o forte impacto desses entraves no seu uso, ou melhor, desuso dos serviços.

**Figura 2.** Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade”, segundo Frenk (1992).



Com base nesse quadro teórico-conceitual, retornamos a questão trazida anteriormente, se e de que forma travestis e transexuais são potenciais usuárias do sistema de saúde? Traremos alguns elementos que podem auxiliar na resposta dessas questões. Primeiramente, é preciso considerar que travestis e transexuais são potenciais usuárias do sistema de saúde porque guardam em si essa potência. Em outras palavras, parte-se do pressuposto jurídico de que a população trans é constituída de sujeitos de direitos, dando ênfase ao princípio da dignidade humana, previsto na Constituição Federal no seu artigo 1º, inciso 3º, onde afirma que:

“Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana [grifo nosso];

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa” (Brasil, 1988).

Para Lima (2012), o princípio da dignidade humana é essencial para a ordem jurídica, bem como o fundamento dos direitos humanos é condição prévia para o reconhecimento de todos os outros direitos. Assim, para compreender os complexos processos sociais de violência e assujeitamentos, como diz Judith Butler, envolvidos no acesso à saúde integral das pessoas trans, é elementar partir da

consideração de que estas pessoas são sujeitas detentores de deveres e direitos (Nardi *et al.*, 2003; Leite, 2009). A assunção de que as pessoas trans são, nesse sentido, potenciais usuárias do serviço de saúde é, antes de tudo, um manifesto para que o sejam. De fato, apesar das evidências de uma recente de ampliação do acesso à saúde para essa população, sobretudo no Brasil, esse processo não se dá longe de resistências sociais e institucionais que limitam seu direito à saúde.

Isto posto, partimos para a segunda questão proposta: sob quais condições travestis e transexuais potencialmente acessam os serviços de saúde? Se esse potencial se executa, ou seja, se travestis e transexuais utilizam os serviços, o fazem vivenciando e, em certa medida, superando vários obstáculos. O estudo das barreiras no acesso à saúde para as pessoas trans é uma tentativa de identificar onde esses entraves atuam – seja na relação médico-paciente, nas diretrizes de cuidado em saúde, na formação profissional, no uso dos serviços de HIV/AIDS – e assim tentar diminuí-las, com vistas a assegurar espaços de cuidado onde se efetive a cidadania das pessoas trans.

A relação entre as pessoas que trabalham nos serviços de saúde e a população trans mostrou-se emblemática em nosso estudo. A análise da produção científica revelou que determinadas atitudes, tanto dos profissionais de saúde como dos trabalhadores da saúde<sup>3</sup> em geral limitam a capacidade das pessoas trans utilizarem os serviços. Exemplos dessas atitudes são o desrespeito ao nome social e a hostilidade, por exemplo. A impressão de que pessoas trans se sentem hostilizadas quando utilizam os serviços de saúde exibe os preconceitos morais, estigmas e discriminações que, na prática, impõem obstáculos para que essa população busque e continue acessando esses serviços. Nesse sentido, retomando o conceito de acesso, é coerente inquirir em que medida os efeitos de tais atitudes negativas podem influenciar o desejo de travestis e transexuais em buscar os serviços de saúde. Ou ainda, quando buscam, qual o grau de interação que se estabelece entre profissional de saúde e usuário, nessas condições?

Para Boyce e col. (2012), serviços de saúde podem ser um dos principais ambientes onde paira a insegurança, medo de julgamento e exposição a abusos verbais, físicos e psíquicos para pessoas trans. Uma das barreiras levantadas por esse estudo foi o estigma vivenciado pelas travestis e transexuais, que se relaciona a condição de transgênero – isto é, a pura presença das pessoas trans em serviços de saúde pode ser um fator desencadeante de estigma, que parte tanto dos profissionais de

---

<sup>3</sup> Para Elias (2011, p.2), dentre as pessoas que trabalham nos serviços de saúde, existe o *peçoal de saúde*, que engloba os profissionais técnicos graduados em cursos de saúde (enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e outros) e *trabalhadores da saúde*, que se refere aos profissionais técnicos de outras áreas, mas que trabalham nos serviços de saúde (funções técnico-administrativas, serviços de limpeza, de manutenção e segurança).

saúde como de outros usuários do serviço –, bem como à associação com HIV/AIDS – às pessoas trans é tacitamente creditada um sorologia positiva para HIV, ainda que elas busquem serviços por demandas de saúde não relacionadas a IST. Assim, reconhecemos que travestis e transexuais vivenciam um estigma duplo em serviços de saúde, configurando um contexto [do acesso à saúde] que também engloba negação de cuidados, medo da discriminação, falta de suporte social e custo dos serviços.

A relação entre médicos e pacientes trans mostrou-se um verdadeiro campo de batalha. O desrespeito ao nome social é um fenômeno muito presente na literatura, documentado em contextos culturais diversos. No que concerne aos princípios éticos da relação médico-paciente, Boyce e col. (ibid, p.320) descrevem situações de violação da confidencialidade, principalmente nos serviços de testagem para HIV e outras ISTs. Tal contexto agrava o estigma duplo sobre as pessoas trans e dificulta o estabelecimento de vínculo referencial entre usuários trans e os profissionais de saúde. As autoras concluem que a ameaça de discriminação em serviços de saúde reduz os potenciais benefícios do cuidado médico. Destarte, o expressivo receio de situações negativas com profissionais de saúde concorre para uma atitude de desconfiança por parte das pessoas trans, que passam a omitir seus comportamentos de risco como uma forma de proteger-se dos preconceitos, o que exacerba suas vulnerabilidades, na medida em que aspectos importantes da vida podem não fazer parte do escopo das relações de cuidado.

Cruz (2014, p.71) realizou um estudo exploratório de corte transversal com 4049 pessoas trans americanas, que revelou associação estatística significativa entre ter feito transformações corporais (uso de hormônios e silicone) e o adiamento de cuidado em saúde. Dessa forma, há de se considerar dois elementos que tecem a complexa relação entre profissionais de saúde e pessoas trans. Primeiro, percebeu-se que a evidência física da condição de transexualidade, exibida através dos efeitos corporais do uso de hormônios (aumento de seios, afinamento do timbre vocal, ausência de pelos, por exemplo) é um fator relacionado ao adiamento, uma vez que nessas condições não há como omitir a vivência trans, e isso pode aticar atitudes discriminatórias pelas equipes de saúde, notadamente em serviços de emergência. Para a autora, não ser visto (a) como travesti ou transexual pode evitar experiência de rejeição em serviços de saúde.

Em outra via, é possível assimilar de uma vasta literatura etnográfica sobre travestis que estas, quando se hormonizam, muitas vezes o fazem sem orientação médica, utilizando altas doses dos medicamentos, o que pode lhes trazer efeitos adversos decorrentes desse tipo de uso. Logo, a

associação entre o uso de hormônios e a evitação do cuidado em saúde é bastante problemática, a saber pela forma característica com que se dá esse processo. Em outras palavras, não se pode negar que, possivelmente, travestis e transexuais busquem serviços de saúde com demandas relacionadas justamente aos efeitos das práticas de transformações corporais realizadas a distância do sistema de saúde. Remontamos, assim, a conceituação trazida por Frenk, que exclui as necessidades de saúde das dimensões da acessibilidade. A análise dos resultados leva a considerar que, para travestis e transexuais, barreiras programáticas no acesso à saúde concorrem com outros elementos sócio-estruturais e subjetivos para exacerbar suas vulnerabilidades, não se podendo negar que, de alguma forma, elas determinem as necessidades de saúde dessa população. Outros estudos devem ser realizados com intuito de descrever com maior aprofundamento essas relações.

Poucos estudos têm se preocupado em investigar as percepções dos profissionais de saúde sobre o cuidado fornecido às pessoas travestis e transexuais. Snelgrove e col. (2012) se dedicam a essa problemática quando apontam que médicos percebem barreiras para cuidar de pacientes trans e se sentem, no seu estudo, mal equipados para transpor esses obstáculos, isto é, oferecer cuidado em saúde efetivo para a população trans. Que equipamentos são esses? É pertinente ponderar que além dos dispositivos relacionados às transformações corporais, as pessoas trans podem – e devem – buscar serviços de saúde para realizar quaisquer procedimentos ou ações de saúde. Pessoas, inclusive as trans, podem ter distúrbios na alimentação ou sedentarismo, por exemplo, que são reconhecidos fatores de risco para morbidades cardiovasculares, como Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus. Ainda segundo o autor, a insegurança dos profissionais de saúde para lidar ou cuidar de pessoas trans decorre diretamente da ausência de questões sobre transexualidade ao longo da formação profissional em saúde.

A evidência de que cuidadores desconhecem questões gerais sobre a vida das pessoas trans, bem como de suas principais demandas de saúde sugere o cuidado imperito, quando não imprudente e negligente, oferecido nos serviços de saúde a travestis e transexuais. Além disso, o apagamento dos debates sobre transexualidade quando da graduação em saúde contribui para a manutenção dos estigmas e preconceitos que, mesmo se construindo numa dimensão extraprogramática, podem se reproduzir nas práticas de cuidado desses profissionais.

Existe entre estudantes de medicina um senso comum de que, quando médicos, estes raramente ou nunca irão atender pessoas trans, senão em serviços específicos para essa população. Snelgrove e colaboradores (2012) ratificam essa tese, identificando-a como uma barreira para que

médicos passem a conhecer, na graduação ou na residência, questões gerais sobre as principais demandas de saúde de travestis e transexuais. A ausência desses temas na graduação contribui para a reprodução de estigmas e práticas discriminatórias entre médicos e estudantes de medicina, através do que os autores chamam de apagamento (*erasure*) ou invisibilidade, que consiste na subestimação do tamanho dessa população, bem como em sua sub-representação nos espaços sociais. Dessa forma, autores apontam que as estratégias de trazer as questões sobre transexualidade para o currículo em saúde cooperam para superar obstáculos no acesso, aprimorando o grau de ajustamento entre cuidadores e cidadãs travestis e transexuais.

A acessibilidade se configura como fator importante na oferta de ações e serviços de saúde para explicar as variações no uso de serviços de saúde em grupos populacionais. Será que isso está relacionado a ausência das pessoas trans dos serviços em geral? Porque não se vê essas pessoas no dia a dia das unidades? Nesse campo, é preciso ampliar a visão médica sobre a transexualidade, para além dos estigmas. Tal disposição acumula para o reconhecimento da condição de humanidade de travestis e transexuais, em seu sentido mais completo, por parte dos profissionais de saúde; a partir desse ponto pode-se pensar em ações de cuidado integral à saúde.



## VII. CONCLUSÕES

1. A literatura mostrou um conjunto de situações que podem atuar como obstáculo no acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais. Situações prévias de violência física e verbal, por parte da família ou da polícia estão relacionadas a um contexto de vulnerabilidade socioestrutural. O estigma internalizado, juntamente com o medo da discriminação, bem como a falta de suporte familiar situam-se no campo das barreiras pessoais (subjetivas), cuja existência agravam a marginalização sobre as pessoas trans. As barreiras programáticas mostraram grande relevância nas tentativas de acesso à saúde para essa população, sendo que a discriminação pelos profissionais de saúde, além da falta de conhecimento sobre suas demandas e estigma foram entraves bem documentados na literatura.
2. A relação entre profissionais de saúde e pessoas trans que buscam os serviços mostrou-se emblemática no nosso estudo. Viu-se que determinadas atitudes, tanto dos profissionais de saúde como dos trabalhadores da saúde em geral limitam a capacidade das pessoas trans utilizarem os serviços. Seja pela falta de conhecimento sobre questões trans, ou ainda, pela hostilidade por parte dos cuidadores, considera-se necessário que se realizem investigações futuras visando descrever e avaliar o grau de interação que se estabelece entre o sistema de saúde e sujeitos travestis e transexuais.
3. Considerando o conceito de acessibilidade adotado nesta pesquisa, percebe-se que para travestis e transexuais, suas necessidades de saúde podem ser influenciadas, em certa medida, por diversos problemas de acesso. Corroboramos essa tese a evidência de que pessoas trans que modificam seus corpos – exibindo, assim, sua condição de transgênero – tem mais chance de adiar e evitar os cuidados em saúde. Dessa forma, sugerimos que se estude com maior profundidade a provável relação entre o uso irregular de hormônio e injeção de silicone industrial com as demandas de saúde de travestis e transexuais, tendo em vista os achados deste trabalho.
4. Diante do apagamento dos debates sobre transexualidade nos currículos, mostra-se necessário desenvolver estratégias de inserção dessa temática ao longo da formação profissional, em especial na área de saúde. Consideramos que a ausência de discussões sobre esse tema reverbera estigmas que, mesmo construídos numa dimensão extraprogramática, se dilatam nas ações e serviços de saúde.

5. Tendo em vista que travestis e transexuais são potenciais usuárias dos serviços de saúde, profissionais devem ser instruídos a respeito das questões centrais sobre cuidado às pessoas trans, a saber: identidade de gênero, respeito ao nome social, educação sexual integral, práticas de transformação corporal (uso de silicone, uso de hormônios e/ou cirurgias genitais), além de prevenção e cuidado às infecções sexualmente transmissíveis.

## VIII. SUMMARY

**[STATE OF THE ART ON BARRIERS IN ACCESS TO HEALTHCARE FOR TRANSGENDER PEOPLE]** People transvestite and transsexual (transgender people) in many places in the world and Brazil are considered subject deviants of pre-established norms of sex and gender by biomedical power and experience several limitations with respect to their individual freedom and social rights, such as Education and Health. Thus, it is essential to question the barriers that are imposed on the trans public access to services and health actions, since the institutions of this sector reverberate stigmas and pathologizing standards, increasing vulnerabilities. Therefore, this study aims to investigate and analyze the scientific production on barriers to access to health care for transgender people, in order to weave a theoretical-conceptual overview of the state of the art on this issue. The work was developed through an integrative literature review in indexed databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, BVS and Scielo, excluding of the sample studies that were fleeing to the subject, as well as other literature reviews. Were found in all 43 works, of which 13 were selected after applying the inclusion and exclusion criteria. It was possible to identify the barriers present in the context of access to health care for transgender people appear in at least three dimensions: structural barriers, personal barriers and programmatic barriers. Regarding the latter, the relationship between the people who work in health services and the trans population proved to be emblematic in our study. Moreover, there is evidence that physicians perceive barriers to care for trans patients and feel ill-equipped to overcome these obstacles. Thus, it is expected that this work, illuminating the scientific literature on people's access to trans health services, point paths for the development of new research to suggest strategies to reduce these barriers.

Key words: travestite, transsexual, health, access, barriers.

## IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental diseases. 4ed. Washington (DC): AMA, 1994.
2. Aran M, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicol&Soc* 2008; 20(1): 70-9.
3. Aran M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis* 2009; 19(1): 15-41.
4. Beattie TSH, Bhattacharjee P, Suresh M et al. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. *J Epidemiol Community Health* 2012 abr; 66 Suppl 2: 42-48.
5. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* 2011; 5(11): 121-36.
6. Boyce S, Barrington C, Bolaños C et al. Facilitating access to sexual health services for men who have sex with men and male-to-female transgender persons in Guatemala City. *Culture, Health & Sexuality* 2012 mar; 14(3): 313-27.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 19 ago 2008 [acesso em 03 jul 2014]. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 2 dez 2011 [acesso em 03 jul 2014]. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

11. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 21 nov 2013 [acesso em 03 jul 2014]. Disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=25&data=21/11/2013>
13. Castel PH. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de “fenômeno transexual” (1910 – 1995). Revista Brasileira de História 2001; 21(41): 77 – 111.
14. Caudwell DO. Psychopathia Transexualis. IJ Transgender 2001; 5(2). [acesso em 22 jun 2014]. Disponível em <http://www.symposion.com/ijt/cauldwell/cauldwell02.htm>.
15. Chakrapani V, Newman PA, Shunmugam M, Dubrow R. Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. AIDS Care 2011 dez; 23(12): 1687–94.
16. Clark ME, Landers S, Linde R, Sperber J. The GLBT health access project: a state-funded effort to improve access to care. Am J Public Health 2001 jun; 91(6): 895–6.
17. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1482, de novembro de 1997. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo [resolução na internet]. Diário Oficial da União 19 set 1997 [acesso em 03 jul 2014]. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm).
18. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM 1482/97 [resolução na internet]. Diário Oficial da União 2 dez 2002. [acesso em 03 jul 2014]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm).
19. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02 [resolução na internet]. Diário Oficial da União 3 set 2010. [acesso em 09 ago 2016]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm).
20. Daley A, MacDonnel JA. ‘That would have been beneficial’: LGBTQ education for home-care service providers. Health and Social Care in the Community 2014 jun; 23(3):282-91.
21. Duarte MJO. Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da Transexualidade na atenção básica em saúde. In: Coelho MTAD, Sampaio LLP. Transexualidades: um olhar multidisciplinar. Salvador: Edufba, 2014. 272p.

22. Ferraz D, Kraickzyk J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 2010; 9(1): 70-83.
23. Ferreira NSA. As pesquisas denominadas “estado da arte”. *Educação & Sociedade* 2002; 21 (79): 257-72.
24. Frenk J. The concept and measurement of accessibility. *In: White KL et al. Health Services Research: an anthology.* Washington: PAHO, 1992. p.842-55.
25. Golub SA, Gamarel KE, Rendina HJ et al. From efficacy to effectiveness: facilitators and barriers to PrEP acceptability and motivations for adherence among MSM and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDS* 2013 abr; 27(4):248-54.
26. Kenagy GP. Transgender health: findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health Soc Work* 2005 fev;30(1):19-26.
27. Laqueur T. Da linguagem e da carne. *In: Inventando o sexo.* Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2001.
28. Leite G. O novo conceito de sujeito de direito. *Âmbito Jurídico* [periódicos na Internet] 2009 mar [acesso em 23 ago 2016];12(62). Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=5971](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5971).
29. Lima FAR. O princípio da dignidade da pessoa humana nas constituições do Brasil. *Âmbito Jurídico* [periódicos na Internet] 2012 fev [acesso em 23 ago 2016];15(97). Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11138](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11138)
30. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde & Sociedade* 2008; 17(2): 11-21.
31. Mello L et. al. (org.). Políticas Públicas para a população LGBT: um mapeamento crítico preliminar. Goiânia: Ser-tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da FCS/UFG. [acesso em 06 set 2014]. Disponível em: <http://www.sertao.ufg.br/politicaslgbt/>.
32. Logie CH, James L, Tharao W, Loutfy MR. ‘We don’t exist’: a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc* 2012 set;15(2):173-92.
33. Murta DA. A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Ciências Humanas e Saúde] – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
34. Murta, DA. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

35. Mendelez RM, Pinto RM. HIV prevention and primary care for transgender women in a community-based clinic. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2009; 20(5): 387–97.
36. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17 (4): 758-64.
37. Nardi HC, Silveira RS, Silveira SM. A destruição do corpo e a emergência do sujeito: a subjetivação em Judith Butler [Apresentação no Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial; 2003; Rio de Janeiro, Brasil].
38. Peixoto CA Jr. A lei do desejo e o desejo produtivo: transgressão da ordem ou afirmação da diferença? *Physis* 2004; 14(1): 109-27.
39. Perilo MPP, Pedrosa CH. Certos sujeitos, determinados desejos: das políticas de saúde para a população LGBT. In: *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*; 23-26 ago 2010; Florianópolis, BR. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
40. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for transgender population. *Clinical Biochemistry* 2014; 47: 983-7.
41. Romano VF. As travestis no programa saúde da família da Lapa. *Saúde & Sociedade* 2008; 17(2): 211-9.
42. Saadeh A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. São Paulo. Tese [Doutorado em Psiquiatria] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
43. Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York city. *Am J Public Health* 2009 abr; 99(4): 713–9.
44. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260–8.
45. Santos AS. Problematizando o acesso e acolhimento de travestis e mulheres transexuais nos serviços de saúde In: *III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades*. 2013 mai 15-17; Salvador, Brasil.
46. Sevelius JM, Patouhas E, Keatley JG, Johnson MO. Barriers and Facilitators to Engagement and Retention in Care among Transgender Women Living with Human Immunodeficiency Virus. *Ann Behav Med* 2014 dez; 47(1): 5–16.
47. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. “Completely out-at-sea” with “two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research* [periódicos na Internet]. 2012 mai [acesso em

- 25 ago 2016]; 12:110. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-110>
48. Socías ME, Marshal BDL, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T, Sued O. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health* [periódico na internet] 2014. [acesso em 29 set 2014];13(1):81-95. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/81>.
49. Tagliamento G. (In) Visibilidades Caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral. [Doutorado em Psicologia] – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.
50. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 190-198.



## X. ANEXOS

### ANEXO 1 – LISTA DAS REFERÊNCIAS EXCLUÍDAS PELA LEITURA DO TÍTULO

<b>Título do trabalho</b>	<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Motivo</b>
Vaginal Hysterectomy as a Viable Option for Female-to-Male Transgender Men.	Obedin-Maliver J, Light A, Dehaan G, Steinauer J, Jackson R.	Obstetrics & Gynecology	2014	PubMed, BVS	Não se refere ao tema.
Community member perspectives from transgender women and men who have sex with men on pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: implications for implementation.	Galindo GR, Walker JJ, Hazelton P, Lane T, Steward WT, Morin SF, Arnold EA.	Implementation science	2013	PubMed	Não se refere ao tema.
Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland.	Darling KE, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, Cavassini M.	Postgraduate medical journal	2013	PubMed	Trabalho não foi feito com a população transgênero.
Self-castration by a transsexual woman: financial and psychological costs: a case report.	St Peter M, Trinidad A, Irwig MS.	The journal of sexual medicine	2012	PubMed	Não se refere ao tema.
Medications for sexual health available from non-medical sources: a need for increased access to healthcare and education among immigrant Latinos in the rural southeastern USA.	Rhodes SD1, Fernández FM, Leichter JS, Vissman AT, Duck S, O'Brien MC, Miller C, Wilkin AM, Harris GA, Hostetler DM, Bloom FR.	Journal of immigrant and minority health	2011	PubMed, Web of Science, BVS	Trabalho não foi feito com a população transgênero.

<b>ANEXO 2 – LISTA DAS REFERÊNCIAS EXCLUÍDAS PELA LEITURA DO RESUMO</b>
---

Título do trabalho	Autores	Revista	Ano de publicação	Base de Dados	Motivo
Determinants of unequal HIV care access among people living with HIV in Peru.	Silva-Santisteban A, Segura ER, Sandoval C, Girón M, Petrera M, Caceres CF.	Global Health	2013	PubMed, Web of Science, BVS	Trabalho não foi feito com a população transgênero.
'We are despised in the hospitals': sex workers' experiences of accessing health care in four African countries	Scorgie FI, Nakato D, Harper E, Richter M, Maseko S, Nare P, Smit J, Chersich M.	Culture, Health & Sexuality	2013	PubMed, Web of Science, BVS	Trabalho não foi feito com a população transgênero
Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children	Khandor EI, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW.	Open medicine : a peer-reviewed, independent, open-access journal	2011	PubMed	Trabalho não foi feito com a população transgênero
Perspective: A grand challenge to academic medicine: speak out on gay rights.	Dohrenwend A.	Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges	2009	PubMed	Não se refere ao tema.
Improving Engagement and Retention in Adult Care Settings for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning (LGBTQ) Youth Living with HIV: Recommendations for Health Care Providers	Greifinger R, Batchelor M, Fair C.	Journal of Gay & Lesbian Mental Health	2013	Scopus	Não foi possível ter acesso ao artigo através do Portal Capes.
Healthcare Needs of the Transgender Homeless Population	Spicer S.	Journal of Gay & Lesbian Mental Health	2010	Scopus	Não foi possível ter acesso ao artigo através do Portal Capes.
Review: An urgent need for research on factors impacting adherence to and retention in care among HIV-positive youth and adolescents from key populations	Lall P, Lim SH, Khairuddin N, Kamarulzaman A.	Journal of the International AIDS Society	2015	Scopus	Trabalho não foi feito com a população transgênero.
Perspective: A Grand Challenge to Academic Medicine: Speak Out on Gay Rights	Dohrenwend A.	Academic Medicine	2009	BVS	Não se refere ao tema.
An Evaluation of Service Utilization Among Male to Female Transgender Youth: Qualitative Study of a Clinic-Based Sample	Corliss HL, Belzer M, Forbes C, Wilson EC.	Journal of LGBT Health Research	2007	BVS	Não foi possível ter acesso ao artigo através do Portal Capes

**ANEXO 3 – LISTA DAS REFERÊNCIAS EXCLUÍDAS PELA LEITURA DO TEXTO COMPLETO**

<b>Título do trabalho</b>	<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Motivo</b>
Barriers to quality health care for the transgender population.	Roberts TK, Fantz CR	Clinical Biochemistry	2014	-*	Trata-se de outra revisão da literatura.
Care of the elderly transgender patient	Ettner R	Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.	2013	-	Trata-se de outra revisão da literatura
Breaking Barriers and Building Bridges: Understanding the Pervasive Needs of Older LGBT Adults and the Value of Social Work in Health Care	Erdley SD, Anklam DD, Reardon CC	Journal of Gerontological Social Work	2014	-	Trata-se de outra revisão da literatura
Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth.	Hoffman ND, Freeman K, Swann S	Journal of Adolescent Health	2009	-	Participação não significativa das pessoas trans
Progress on the road to better medical care for transgender patients	Gardner IH, Safer JD	Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.	2013	-	Trata-se de outra revisão da literatura

\*Houve perda dos dados referentes às bases de dados de origem dos artigos acima.