

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO FARMÁCIA

Livia Maria de Souza Gonçalves

**ACESSO A SAÚDE PARA PESSOA TRANS NA AMÉRICA
LATINA: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

FLORIANÓPOLIS

2019

Livia Maria de Souza Gonçalves

**“ACESSO A SAÚDE PARA PESSOA TRANS NA AMÉRICA LATINA: UMA
REVISÃO DE ESCOPO”**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em
Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina como
requisito para a obtenção do Título de Bacharel em
Farmácia

Orientador: Prof. Me. Norberto Rech Bonetti

Coorientador: Dr. Ale Mujica Rodriguez

Coorientador: Dr. Junior André da Rosa

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra

Souza Gonçalves, Livia Maria de
ACESSO A SAÚDE PARA PESSOA TRANS NA AMÉRICA LATINA: : UMA
REVISÃO DE ESCOPO / Livia Maria de Souza Gonçalves ;
orientador, Norberto Rech, coorientadora, Ale Mujica
Rodriguez, coorientador, Junior André da Rosa, 2019.
63 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. Pessoas transgênero . 3. Serviços de
Saúde para Pessoas Transgênero. 4. Acesso aos Serviços de
Saúde. 5. Assistência Farmacêutica. I. Rech, Norberto .
II. Rodriguez, Ale Mujica . III. da Rosa, Junior André IV.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Farmácia. V. Título.

Livia Maria de Souza Gonçalves

**“ACESSO A SAÚDE PARA PESSOA TRANS NA AMÉRICA LATINA: UMA
REVISÃO DE ESCOPO”**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de graduação e aprovado em sua forma final pelo Curso de Farmácia.

Florianópolis, 27 de novembro de 2019.

Prof. Dr. Mareni Rocha Farias

Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Me. Norberto Rech

Orientador

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Filipe Carvalho Matheus

Universidade Federal de Santa Catarina

Profª, Dra. Fabíola Stolf

Universidade Federal de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado a todas pessoas que já foram privadas e lutam por seu direito de acesso à saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos professores que se dedicaram a mim e meus colegas para transmitir seus conhecimentos e estimular olhares críticos durante a graduação, a minha namorada Flávia que foi peça essencial de apoio, carinho e compreensão durante todo esse processo de aprendizagem, aos meus pais que sempre me proveram suporte emocional, financeiro, exemplo e estímulo para que eu possa ter chego até aqui, ao meu querido orientador Prof. Norberto que dedicou seu valioso tempo e ensinamentos para meu aprendizado, aos meus coorientadores Junior e Ale, que estavam sempre a postos para me ajudar e a enriquecer o trabalho, a Marina Soncini, peça fundamental que se doou para parear leituras e coletas dados neste estudo, a Fabíola Buendgens que me proporcionou extrema ajuda com seus conhecimentos científicos, sempre com muito carinho e dedicação e a todos aqueles que de alguma forma colaboraram para a produção deste trabalho acadêmico.

RESUMO

Pessoas trans enfrentam barreiras no convívio com a sociedade, devido a padrões cis-hetero-normativos socialmente naturalizados que geram discriminação, tais problemas também interferem no acesso de pessoas trans a saúde. O presente estudo objetivou identificar como se dá o acesso à saúde de pessoas trans na América Latina utilizando como base o conceito de acesso à saúde dividido em 4 dimensões: disponibilidade, informação, poder de pagamento e acessibilidade.

Para isso foi realizada uma Revisão de Escopo, organizada em 5 etapas: a primeira consistiu na identificação da pergunta principal, a segunda etapa foi a busca de estudos relevantes através da busca de Strings compostas por descritores ou termos Mesh nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO, a terceira foi a seleção dos artigos, com base nos critérios de inclusão e exclusão, então seguimos para a quarta etapa correspondente a coleta de dados, e dela partimos para quinta e última etapa, a sumarização e reportagem de resultados. Os resultados evidenciaram a presença de dificuldades no acesso à saúde por pessoas trans, principalmente por barreiras econômicas, discriminação, violência, falta de conhecimentos por profissionais e patologização de suas identidades. No entanto, a pesquisa não alcançou produções de todos os países de América Latina, nem tanto evidenciou participação do profissional farmacêutico na linha de cuidado, apesar de alguns artigos citarem o acesso a medicamentos, assim se evidencia a necessidade de novos estudos para elucidar como se dá o acesso em países que não produzem sobre o assunto e se a assistência farmacêutica está presente ou não nesse processo.

Palavras-chave: Pessoas-transgênero 1. Serviços-de-Saúde-para-Pessoas-Transgênero 2. Equidade-no-Acesso-aos-Serviços-de-Saúde 3. Acesso-aos-Serviços-de-Saúde 4. Medicalização 5. Assistência-Farmacêutica 6.

ABSTRACT

Transgender people face barriers to living with society, due to socially naturalized cis-hetero-normative patterns that generate discrimination, such problems also interfere with transgender people's access to health. This study aimed to identify how is the access to health for trans people in Latin America, based on the concept of access to health divided into 4 dimensions: availability, information, payment power and accessibility.

To reach this, a Scope Review was organized, organized in 5 steps: the first consisted in identifying the main question, the next step was the search for relevant studies through the search for Strings composed by descriptors or Mesh terms in the data bases PubMed, LILACS and SciELO, the third was the selection of articles based on the inclusion and exclusion criteria, then we proceed to the fourth step corresponding to data collection, and from it to the fifth and last step and step, the summarization and reporting of results. The results showed the presence of difficulties in access to health for trans people, mainly due to economic barriers, discrimination, violence, lack of knowledge by professionals and pathologization of their identities. However, the research did not reach productions from all Latin American countries, nor did it show the participation of the pharmaceutical professional in the care line, although some articles cite access to medicines, thus evidencing the need for further studies to elucidate how gives access to countries that do not produce on the subject and whether or not pharmaceutical assistance is present in this process..

Keywords: Transgender-persons 1. Health-Services-for-Transgender Persons 2. Equity-in-Access-to-Health-Services 3. Health-Services-Accessibility 4. Medicalization 5. Pharmaceutical-Services 6.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da Metodologia.....	22
--	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados gerais	42
Quadro 2 - Disponibilidade 1	45
Quadro 3 - Disponibilidade 2	48
Quadro 4 - Informação	51
Quadro 5 - Poder de pagamento	59
Quadro 6 - Aceitabilidade	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASTRAL Associação das Travestis e Libertados do RJ

CID Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DML Departamento Médico Legal

LGBT Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros

LGBTI Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Intersexuais

MS Ministério da Saúde do Brasil

OMS Organização Mundial de Saúde

PT Processo Transexualizador

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
2	OBJETIVO	35
2.1	Objetivo Geral	35
2.2	Objetivos Específicos	35
3	METODOLOGIA.....	36
4	RESULTADOS	41
4.1	DISPONIBILIDADE	44
4.2	INFORMAÇÃO	52
4.3	PODER DE PAGAMENTO.....	58
4.4	ACEITABILIDADE	63
5	DISCUSSÃO	68
6	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

As pessoas trans, as quais estão inclusas transgêneros, travestis, transexuais, não binárias e outros, compõem uma parcela da comunidade LGBTI¹ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queers, intersexuais e outros).

De acordo com a 7ª versão das “Normas de Atenção à Saúde das Pessoas Trans e com Variabilidade de Gênero”, elaboradas pela Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero (Coleman *et al*, 2012), pessoas transgêneros são aquelas que possuem identidades de gênero diferentes em diversos graus do sexo com o qual foram designadas ao nascer. Ainda segundo a mesma associação, uma pessoa utiliza a autodenominação com termo “trans” se ela se identificar com um gênero não correspondente às normas sociais e expectativas associadas ao sexo atribuído à nascença. Essa mesma definição é enfatizada por Rosa e colaboradores (ROSA *et al*, 2019).

A respeito da atribuição de termos identitários, é de extrema importância que a autodenominação da identidade de gênero de cada pessoa seja individualmente respeitada, e que nenhuma identidade de gênero seja utilizada como padrão para descrever “correto ou incorreto”, como ocorre no processo da patologização de identidades trans (PINTO *et al*, 2017). Em contrapartida, o termo “cis” nasce para questionar padrões sociais e o apontamento do que é ou não normal.

De acordo com a escritora, artista, ativista, música e bióloga Julia Serano, que traz um glossário em seu livro “Outspoken: A decade of Transgender Activism and Trans Feminism”, Cis, cisgênero ou cissexual são termos designam uma identidade de gênero, construídos por pessoas trans para descrever pessoas que não são trans, transgêneros ou transexuais, respectivamente, com a finalidade de trazer em xeque a naturalização e normatização da cisgeneridade.

¹ Utilizo o termo “LGBTI” para representar a amplitude e diversidade da comunidade citada (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais), que é usado por movimentos e em publicações na área da saúde internacionalmente e no meio jurídico (OAB, 2019) e ONGs (Aliança Nacional LGBTI, 2019) no Brasil, apesar das políticas públicas do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) no Brasil usarem apenas o termo “LGBT”.

De acordo com a pesquisadora e ativista transfeminista Vergueiro (2015), é através de conceitos de “natural” e “biológico”, que a identidade cisgênera é socialmente considerada como ideal.

(cisgeneridade)...A partir deste conceito, utilizado fundamentalmente para se pensarem formações corporais e identidades de gênero naturalizadas e idealizadas, é que se pretende caracterizar uma normatividade de gênero – a cisnormatividade, ou normatividade cisgênera – que exerce, através de variados dispositivos de poder interseccionalmente situados, efeitos colonizatórios sobre corpos, existências, vivências, identidades e identificações de gênero que, de diversas formas e em diferentes graus, não estejam em conformidade com seus preceitos normativos (VERGUEIRO, 2015).

Segundo Kattari e colaboradores/as, o termo cisgênero é usado para se referir às pessoas que apresentam o sexo designado ao nascer igual a identidade de gênero, oposto de transgênero. Entretanto, os mesmos autores acrescentam que é importante ressaltar que estas definições também são carregadas de ideologias, os seus limites são imprecisos e estão em constante transformação (KATTARI *et al*, 2016).

As identidades de gênero vão além do binarismo homem/mulher, existem pessoas que se identificam como não binárias, entre os dois gêneros ou de gênero flutuante. Wyllie e colaboradores/as reportam uma crítica ao sistema sexo/gênero como algo imutável, rígido e fixo, ao olhar essencialista, declarada por uma hijra em Bangladesh:

Nossa sociedade só considera meus órgãos sexuais masculinos como marcadores de identidade de gênero masculino e negligência minha mente e estilos de vida femininos, que evoluíram ao longo dos anos. Quem sou eu? Eu não sou realmente um homem ou uma mulher. Eu estou em algum lugar no meio ou estou fora do mundo masculino-feminino. Talvez a maioria das sociedades não possa pensar além do masculino e feminino. [Quando perguntada por que ela não consideraria a cirurgia, a informante explicou: Eu não gostaria de fazer qualquer cirurgia para mudar o meu órgão sexual. Eu não sou nem homem nem mulher. Eu sou uma hijra, se você reconhece isso ou não é problema seu. Se eu for para cirurgia, significa que eu concordo que não há nada além do masculino ou feminino, todos devem estar dentro deste limite. Eu prefiro pedir para não negar nossa identidade de gênero e direitos humanos, por favor, permita-me sobreviver, pelo menos, como um ser humano, se não como uma hijra. Por causa desse não reconhecimento, somos excluídas da sociedade. (WYLIE *et al*, 2016)

Coleman e colaboradores/as (COLEMAN *et al*, 2012) relatam a importância de se enfatizar que as terminologias relacionadas à saúde da população trans estão em processo de evolução, assim muitos termos vão se tornando ultrapassados com o

passar do tempo, sendo que novas definições são empregadas para que uma designação mais adequada seja elaborada, e assim surge a necessidade dos profissionais de saúde se manterem atualizados sobre as terminologias usadas frequentemente.

O número de pessoas trans e com variabilidade de gênero no mundo não é conhecido precisamente, devido às divergências de concepções culturais de gênero, do contexto histórico/social e pela ausência da categoria “identidade de gênero” nos censos oficiais, que mudam em função da cultura de cada localidade, porém estudos relatam que houve um grande aumento da quantidade de pessoas que se identificam como transgênero. (ROSA *et al*, 2019).

A população LGBTI é submetida ao estigma social que ocorre por não se encaixar no padrão de “normalidade” proposto socialmente, estando assim muito mais propensa a sofrer discriminações e violências. Para que tal situação seja revertida ou pelo menos reduzida, existe a necessidade da existência de políticas públicas voltadas ao direito de tal comunidade, com a finalidade de promover direitos básicos e sanar demandas específicas de tal população (RODRIGUEZ, 2014).

A discriminação enfrentada pela população LGBTI é resultado dos traços opressores da sociedade, que hierarquiza a população conforme sua sexualidade e identidade de gênero de acordo com um padrão cis-hétero-normativo binário, e agrava assim a heterogeneidade social em relação ao acesso aos direitos.

“A sociedade define regras e padrões compartilhados coletivamente pelo processo de aculturação. Essas normas ditam comportamentos e definem punições legais e morais, destinando à marginalização todas as pessoas que não correspondem à forma de SER entendida como a correta. Estes processos sociais que têm arvorado travestis e transexuais como abjetos são sublinhados por discursos que tomam o corpo como alvo privilegiado dos mecanismos e das relações de poder e, conseqüentemente, criam “verdades” sobre o que são esses sujeitos.” (CAVALVANTI, 2017)

Algumas pessoas trans possuem demandas específicas e para isso existem serviços de saúde especializados, que abrangem psicoterapia, hormonioterapia, histerectomia, mastectomia, prótese mamária, tireoplastia (retirada do “pomo de adão”), neofaloplastia (construção do pênis), sendo a última ainda experimental e outros procedimentos (BRASIL, 2013b). No entanto nem sempre todos são solicitados, pois algumas pessoas não sentem a necessidade de realizar alguma ou

nenhuma modificação corporal para se sentirem completas a respeito da congruência entre corpo e o gênero (COLEMAN *et al*, 2012).

É importante enfatizar que apesar da população trans possuir necessidades específicas, ela compartilha de necessidades de serviços de saúde comuns a qualquer pessoa, como promoção, prevenção e proteção à saúde, rastreamento e tratamento de doenças e reabilitação (ROSA *et al*, 2019).

De acordo com a legislação brasileira “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, Constituição federal de 1998, artigo 196) no entanto, segundo a ONG Transgender Europe - TGEU (2018) o Brasil o é o país que mais mata pessoas trans do mundo e a diferença das expectativas de vida no país entre a população brasileira geral (75 anos) e as de travestis e transexuais femininas (35 anos) é de 40 anos, segundo o ANTRA (2017).

Devido à discriminação que enfrentam, a escassez de serviços, a impedimentos econômicos, dentre outras barreiras presentes nos cotidianos de pessoas trans, elas demonstram dificuldade em acessar serviços de saúde (SOCIAS *et al*, 2014).

Existem muitas barreiras que essa população enfrenta para acessar a saúde, como não consultar médicos por temer a discriminação, não possuir planos de saúde e/ou não saber onde encontrar e/ou não ter acesso a serviços de saúde específicos para as pessoas trans, como tratamentos psicológicos, hormonais, cirúrgicos ou outros tratamentos médicos (WINTER *et al*, 2016).

Ainda segundo Winter e colaboradores/as (2016), esses obstáculos aparecem constantemente em suas vivências, tal como o estigma diário ao ser enxergada por boa parte da sociedade como “mentalmente desordenada” e “desviantes sexuais” e a intolerância presente em muitas casas e nas escolas, que muitas vezes faz com que abandonem a casa e os estudos. A gama estreita de ocupações leva as pessoas trans ao desemprego ou ao subemprego e se soma à falta de suporte social e financeiro, em muitas vezes a única porta aberta é o trabalho sexual. As leis que amparam princípios de moralidade, decência pública e religiões além das prisões que possuem instalações inadequadas para pessoas trans, geram ainda mais perseguição e estupro. Ocorrem também a violência não letal difundida e a grande incidência de violência letal.

Todos esses fatores somados produzem stress e condições de saúde e bem-estar pobres para a população trans, desencadeando problemas de saúde mental como depressão, ansiedade e outros, podendo levar à automutilação e ao suicídio.

“Vivendo à margem da sociedade, muitas vezes excluídas das oportunidades disponíveis para seus concidadãos, e com a saúde e o bem-estar comprometidos, muitos são atraídos a situações e padrões de comportamento envolvendo práticas sexuais inseguras e abuso de substâncias que os deixam em risco de mais problemas de saúde e bem-estar. Alguns se envolvem em lesões autoprovocadas. Excluídas de grande parte do local de trabalho, as pessoas transexuais (principalmente mulheres transgêneros) geralmente entram em uma faixa estreita de ocupações.” (WINTER *et al*, 2016)

O conceito de acesso à saúde pode variar com o tempo e não equivale à simples utilização do serviço de saúde, e sim a algo mais amplo (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O significado exato para o termo “acesso à saúde” não é unicamente definido, pois existem discussões e diferentes vertentes do entendimento sobre o assunto.

De acordo com SOARES (2019) o acesso foi inicialmente reconhecido como uso de um serviço de saúde por uma pessoa que o necessita, com a finalidade de alterar seu estado de saúde. No entanto, com o passar do tempo esses serviços foram reinterpretados, podendo significar também um comportamento pessoal em saúde. Além dessa mudança outras descrições de acesso a saúde foram desenvolvidas, como o processo de busca, o conceito de receber cuidados e o de nível de ajuste entre o usuário e o sistema de saúde.

“O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos. Padrões de utilização devem ser analisados com cautela, pois não constituem um elemento indicador do acesso per se, embora possam auxiliar na avaliação da equidade em saúde.” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012)

Para Travassos e Martins (2004) a definição de acesso tem se tornando cada vez mais abrangente e o conceito que prevalece é de uma dimensão do desempenho de sistemas de saúde associada à oferta, abrangendo tanto os serviços quanto os resultados dos cuidados recebidos. Ainda, as autoras enfatizam que em suas concepções sobre o assunto existem diferenças entre acesso e uso de serviços, continuidade de cuidado e efetividade de cuidados prestados.

Sanchez e Ciconelli (2012) realizaram uma revisão da literatura abordando o assunto e descreveram quadro dimensões de acesso a saúde - disponibilidade, aceitabilidade, poder de pagamento e informação. Tais dimensões foram utilizadas como base para a construção do presente estudo.

Uma das barreiras no acesso à saúde é a patologização histórica de suas identidades de gênero, que trata a condição de transexualidade como doença, e assim ampara muitos discursos e ações transfóbicas que impedem que a população trans tenha os mesmos direitos da população cis.

“A patologização das minorias de gênero e sexuais no modelo médico ocidental, tem muitas vezes resultado em pessoas transgênero sendo rotuladas como indivíduos desviantes que exigem atenção médica e legal. Isso também criou silêncio no indivíduo para o nível estatal, que limita as oportunidades de atendimento e de serviços acessíveis. Como a diversidade transcultural e fluidez de gênero e da sexualidade têm recebido atenção, é esperado que os padrões de cuidados e serviços para pessoas trans tornem-se disponíveis na maioria dos países dentro da estrutura dos direitos humanos.” (WYLIE *et al*, 2016)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) teve uma decisão que caminha para a despatologização, através da alteração da última edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde de número 11 (CID 11) (OMS, 2018), que retirou o antigo termo “transtorno de identidade de gênero” da categoria de doenças e distúrbios mentais que pertencia ao CID 10 (OMS 1997), e acrescentou o atual “incongruência de gênero” na lista das condições relativas à saúde.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (American Psychiatry Association, 2013), versão mais recente, também fez uma alteração da nomenclatura, abandonando o antigo termo “transtorno de identidade de gênero” para incluir o atual “disforia de gênero”, mudando a nomenclatura, porém mantendo como uma condição de transtorno mental.

Atualmente, no Brasil, o Ministério da Saúde desenvolve campanhas, planos, estratégias e estabeleceu portarias para reparar as dificuldades da população LGBTI no acesso à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), além das portarias nº457, de 19 de agosto de 2008, nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 do MS., que habilitaram e reformularam o Processo Transexualizador no SUS. Porém apesar de tais medidas, existem muitos profissionais de saúde despreparados para atender pessoas LGBTIs, devido à falta de informação e instrução durante suas formações, dado ao assunto

ainda ser pouco abordado dentro de muitas salas de aula de nível superior e por vezes não ser considerado uma pauta essencial de cursos na área da saúde, como cita Rodrigo Pereira:

“Outro desafio apontado refere-se à reformulação dos currículos profissionais, especialmente na área médica marcada pela inexistência de disciplinas sobre gênero e diversidade sexual ou treinamento formativo no tratamento das identidades de gênero, deixando a critério individual a busca pelo conhecimento” (PEREIRA, 2018)

De acordo com Rosa e colaboradores/as (2019), para que um serviço ofereça à pessoa trans todos os cuidados necessários, é preciso saber qual é o contexto social que essas pessoas estão inseridas, quais são suas necessidades de saúde, e outros aspectos que afetem a vida dela. Para isso, é necessário preparar melhor os profissionais que atuam nos hospitais, para que o ambiente deixe de ser uma barreira e se torne acolhedor e livre de preconceito.

É responsabilidade dos profissionais de se dedicar a busca contínua pela atualização dos seus conhecimentos sobre processo de saúde de usuários. O profissional farmacêutico tem importante papel na saúde trans, seja nas demandas gerais ou específicas, pois a busca pela saúde permeia muitas vezes ao acesso ao medicamento e a informação, assim também transpassando pela assistência farmacêutica.

No Brasil, em 2004 foi criada a resolução nº338 pelo Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que entre outras medidas, descreve a assistência farmacêutica como um conjunto de ações com finalidade de promoção, proteção e recuperação de saúde, tanto de forma coletiva quanto individual, tendo o medicamento como insumo essencial, objetivando o acesso a ele e o uso racional de medicamentos.

Tais ações, quando desenvolvidas com conhecimento das demandas de saúde de algumas pessoas trans, como a hormonioterapia, procedimentos cirúrgicos, aplicação de líquidos modificação corporal, uso de medicamentos com finalidade de crescimento de pelos, entre outros, contribuem para que o acesso à saúde seja mais integral (NESOME *et al*, 2017).

Considerando a possibilidade que esse estudo seja útil para estudos posteriores, a definição de América Latina como foco da investigação está relacionada

à perceptiva de consideração de aspectos culturais, e das interfaces entre as nações da região.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso à saúde das pessoas trans na América Latina.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar artigos que abordam o acesso a saúde para pessoas trans na América Latina.

Descrever o acesso de pessoas trans a serviços de saúde nas suas demandas gerais e específicos.

Identificar quais e como são os serviços de saúde oferecidos para atenção à saúde trans.

Identificar onde estão inseridos os serviços de saúde destinados a população trans.

Descrever as barreiras relatadas para o acesso à saúde de pessoas trans.

Identificar medidas para ampliar o acesso à saúde da população trans.

Descrever as experiências de pessoas trans no acesso à saúde.

Identificar e descrever o papel dos profissionais da saúde inseridos na atenção à saúde das pessoas trans.

Analisar a inserção da assistência farmacêutica na atenção à saúde trans.

Identificar possíveis discursos medicalizantes nas abordagens oferecidas pelos serviços de saúde destinados a pessoas trans.

3 METODOLOGIA

Nesse estudo foi desenvolvida uma revisão de escopo. Foram usados como referência os parâmetros metodológicos desenvolvidos por Levac, Colquhoun e O'Brien (2010). A metodologia da revisão foi dividida em 5 etapas: A primeira etapa consistiu na identificação da pergunta principal: “Como se dá o acesso à saúde para pessoas trans na América Latina?”, junto a pesquisa exploratória, que foi a busca de estudos relevantes para gerar embasamento suficiente a fim de elaboração de um protocolo para a revisão. Neste documento foram estabelecidos parâmetros para iniciar a busca, tais como os objetivos gerais e específicos e o anagrama PICO, em que P corresponde a população, I a interesse, Co a contexto. O resultado foi: P - artigos relacionados ao acesso à saúde para pessoas trans na América Latina., I – acesso à saúde, Co- artigos publicados na América Latina.

No protocolo também foram definidas as bases de dados utilizadas, LILACS, SciELO e PubMed, os tipos de fontes a serem utilizadas, que foram artigos obtidos pela busca direta. As palavras-chave utilizadas foram obtidas através da pesquisa por descritores e termos MESH, são elas: “Pessoas transgênero”, “Transgender persons”, “Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero”, “Health Services for Transgender Persons”, “Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde”, “Equity in Access to Health Services”, “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Health Services Accessibility”, “Medicalização”, “Medicalization”, “Assistência Farmacêutica”, “Servicios Farmacéuticos” e “Pharmaceutical Services”.

No documento também foi estabelecida a aplicação do estudo, que é trazer evidências sobre acesso à saúde trans para melhorá-lo em localidades que possuem dificuldades em obtê-lo, assim como evidenciar serviços que não estão sendo estudados a fim de possibilitar novas pesquisas mais completas acerca do assunto.

Critérios de inclusão:

a) Ter como foco do estudo questões relacionadas a acesso/serviços de saúde para pessoas LGBTI – com ênfase em pessoas trans. (leitura de título/resumo/leitura flutuante).

b) Ser publicado entre os anos 2009 e 2019 (busca avançada).

O intervalo de tempo foi escolhido a partir da pesquisa exploratória, em que se identificou aumento da produção acerca do assunto na última década e com base na limitação do tempo para desenvolvimento do trabalho.

c) Ser publicado em inglês/português/espanhol (leitura de título/resumo).

d) Artigo relacionado à América Latina/pessoas latino-americanas/países latinos (leitura de título/resumo/leitura flutuante).

Esse critério foi desenvolvido a partir do resultado da pesquisa exploratória, em que dos artigos encontrados sobre acesso à saúde trans eram produzidos ou relacionados em sua maioria na América do Norte, Europa e Oceania, sendo que a maior parte dos artigos sobre saúde LGBTI são produzidos nos EUA, como cita Albuquerque e colaboradores/as (2016) na revisão sobre acesso à saúde para pessoas LGBT. O intuito do critério é destacar as publicações locais e analisar a produção e o acesso à saúde de pessoas trans na América Latina.

e) Estar publicado em formato de artigo e possuir resumo (leitura de título/resumo).

A necessidade de estar em formato de artigo se dá pelo tempo limitado para leitura das fontes, evitando a leitura de produções maiores como teses e dissertações, e assim padronizar a amostra. Os artigos devem apresentar resumos para passar pelo processo de inclusão/exclusão.

Critérios de exclusão:

a) Artigos que tenham como foco Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em população LGBTI foram excluídos (título/resumo).

O primeiro critério foi escolhido baseado na pesquisa exploratória, em que se identificou vasta literatura relacionando a população LGBTI a infecções sexualmente transmissíveis, essa relação aumenta ainda mais o estigma e a marginalização dessa comunidade. O intuito desse critério é não reproduzir tal estigma na pesquisa, e assim não legitimar discursos com viés preconceituosos acerca de sexualidade e identidade de gênero, pois ao utilizar artigos que carregam esse estigma, reforçaremos a discriminação e prejudicaremos ainda mais as relações sociais de pessoas LGBTIs acerca da saúde (RODRIGUEZ, 2014) (SILVA *et al*, 2018).

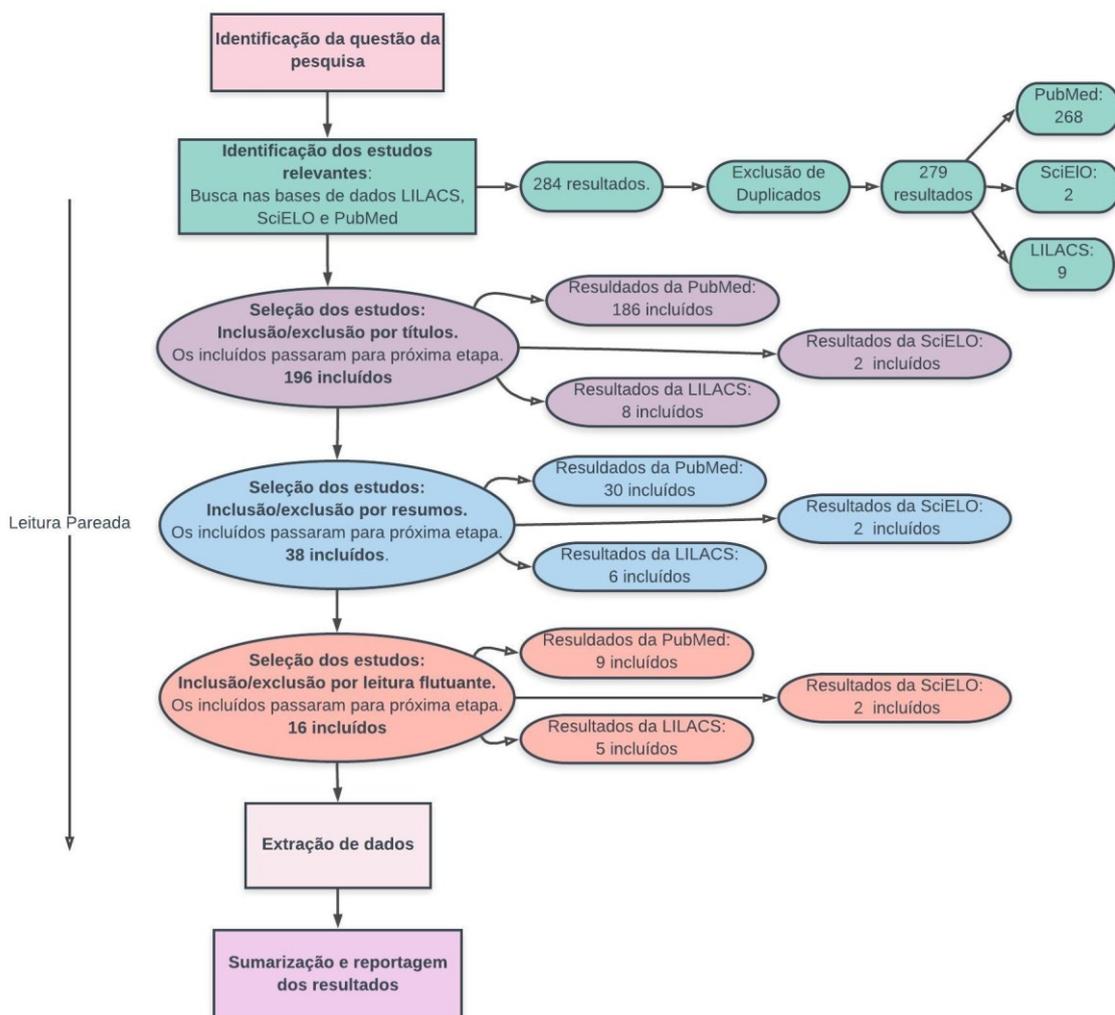
Em estudo que aborda Representações Sociais de travestis e transexuais, se evidencia que o estigma relacionado a ISTs contribui para a desqualificação de pessoas LGBTs:

Assim, pode-se afirmar que as RS que desqualificam as pessoas LGBT com uma ideia de promiscuidade, risco à IST, e outros estereótipos, entendendo sua sexualidade e identidade de gênero como pecaminosas, incorretas, determinadas biologicamente ou antinaturais, ou ainda, sujeitas a uma escolha pessoal, operam como barreiras no acesso às ações e serviços da ABS, prejudicando a qualidade da atenção à saúde desta população. (SILVA *et al*, 2018)

b) Artigos que não possuam algum dos critérios de inclusão.

A figura 1 descreve o desenho da execução da metodologia.

Figura 1 - Fluxograma da metodologia



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A segunda etapa corresponde à identificação de estudos relevantes, através da construção de strings, que são o conjunto de caracteres inseridos na caixa de busca, com palavras-chaves escolhidas com base nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e termos MeSH (Medical Subject Headings) na PubMed, intercaladas por operadores booleanos, que foram submetidas às máquinas de busca e obtenção de artigos. Para cada busca foi preenchido um documento de condução da pesquisa, em que foram descritos a fonte, a data, a string utilizada, o período considerado, se foram utilizados filtros e os artigos encontrados.

A string utilizada na base de dados LILACS foi “Pessoas transgênero [Palavras] and (Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero OR Acesso aos Serviços de Saúde OR Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde OR Medicalização OR Assistência Farmacêutica) [Palavras]”, em que foram encontrados 11 resultados. Na SciELO foi utilizada “Pessoas transgênero [Todos os índices] and (Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero OR Acesso aos Serviços de Saúde OR Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde OR Medicalização OR Assistência Farmacêutica) [Todos os índices]”, em que foram encontrados 2 resultados. Na PubMed foi utilizada a string “((((((((“Health Services for Transgender Persons”) OR “Health Services Accessibility”) OR “Equity in Access to Health Services”) OR “Medicalization”) OR “Pharmaceutical Services”)) AND “Transgender persons”) AND (“2009”[Date - Publication] : “2019”[Date - Publication])) NOT HIV[Title]”, em que foram obtidos 271 resultados. Todas as buscas foram realizadas no dia 14 de setembro de 2019.

Dentro dos artigos encontrados, alguns deles apareceram duplicados dentro da mesma base de dados, por serem publicados em mais de uma revista. Estes foram identificados por meio do aplicativo Mendeley e excluídos de forma a deixar somente representação de cada artigo nos resultados.

Ao todo foram encontrados 284 resultados, sendo contabilizados 279 com a correção de duplicados por base. Além desses, 2 dos artigos obtidos estavam presentes tanto nos resultados da base de dados PubMed quanto da LILACS, desde o início do processo eles foram destacados e contabilizados somente uma vez na soma do total dos resultados, ao fim do processo um deles foi incluído.

A terceira etapa foi a seleção dos estudos através dos critérios de inclusão e exclusão. As publicações obtidas passaram por 3 fases até serem definitivamente

incluídos ou excluídos com base nos critérios já estabelecidos acima, a partir da inclusão/exclusão, todas as etapas foram feitas por duas pesquisadoras de forma pareada, até a extração de dados.

A primeira foi a Leitura de títulos, em que 196 artigos foram incluídos (186 PUBMED, 8 LILACS e 2 SciELO). Esses (196) passaram para a segunda fase, correspondente a leitura de resumo, em que foram incluídos 38 artigos (30 artigos PubMed, 6 LILACS e 2 SciELO). Após os artigos passarem pela leitura dos resumos, os incluídos (38) prosseguiram para a última fase: a leitura flutuante do texto completo e definição final de sua inclusão ou exclusão, em que foram totalizados 16 artigos (9 incluídos da PubMed + 5 artigos LILACS + 2 artigos SciELO).

A estratégia de extração de dados, que corresponde à quarta etapa do estudo, foi realizada através da leitura pareada dos artigos incluídos na íntegra, pelas pesquisadoras que conduziram a inclusão e exclusão de artigos de forma pareada. Quando necessário, as pesquisadoras fizeram resumos de cada um deles, destacando as informações abordadas como objetivos.

Para cada texto foram preenchidos formulários de extração de dados, que continham dados bibliográficos, data de publicação, abstract, e outros dados fornecidos pelo próprio artigo, além de uma tabela contendo os indicadores de dimensões de acesso à saúde e reflexões pessoais das pesquisadoras a respeito do conteúdo e das conclusões do estudo com intuito de extrair também informações para preencher a tabela com indicadores, categorizados por dimensões de acesso à saúde.

A sexta etapa foi o agrupamento, sumarização e relato dos resultados, que se deu através da elaboração de um relatório técnico após a leitura e resumo dos trabalhos selecionados e posterior análise qualitativa dos trabalhos através de tabelas. Elas foram desenvolvidas para abranger as 4 dimensões de acesso a saúde propostas por Sanchez e Ciconelli (2012) e foram preenchidas conforme a presença de dados compatíveis nos artigos lidos.

4 RESULTADOS

Dentre os artigos obtidos pela busca, 16 deles foram incluídos de acordo com critérios e utilizados no estudo.

O quadro 1 apresenta os dados referentes à mineração dos dados dos artigos. Os espaços em branco correspondem à ausência da informação no artigo correspondente.

O ano de publicação dos estudos selecionados variou entre 2012-2019. Obtivemos 6 artigos com foco de estudo na Argentina, 5 no Brasil, 2 na Colômbia, 1 em Cuba, 1 na Guatemala e 1 no México (ver Quadro 1).

Nos artigos que realizaram entrevistas/questionários com participantes trans, a identificação deles variou entre mulheres trans, travestis, mulheres transexuais, mulheres transgênero, pessoas de gênero diverso, homens trans, homens transexuais e pessoa trans que se auto identifica como “gay”. Os assuntos principais são diversos, todos correlacionados com acesso à saúde de pessoas trans (ver Quadro 1).

Os demais resultados serão expostos de acordo com a dimensão de acesso a saúde correspondente, seguindo o modelo proposto por Sanchez e Ciconelli (2012).

Quadro - 1 - Dados gerais.

Artigos (nº - autores, ano)	Como foram identificados/se identificam.	Total de participantes	Idade participantes	Assunto principal do artigo	País	Ano da pesquisa	Ano de publicação	Tipo do estudo	Base de dados
1 - BRAZ, 2019 (a)	Homens trans	12	18-50 anos		Argentina		2019	Qualitativo	SciELO
2 – MONTEIRO e BRIGEIRO, 2019	Travesti e mulheres trans	9	23-45 anos	Experiências e acesso a serviços de saúde	Brasil		2019	Qualitativo	SciELO
3 - NEER, 2018	Profissionais de saúde	8			Argentina	2014 - 2016	2018	Qualitativo	LILACS
4 -DOMINGUEZ et al, 2018	Mulheres transgênero	109	87% entre 20 - 44 anos	Acesso a serviços de saúde	Colômbia		2018	Quantitativo	LILACS
5 - BRAZ 2019 (b)					Argentina		2019	Qualitativo	LILACS
6 - PINTO et al, 2017	Mulheres transexuais	40	18-59	A visão das mulheres transexuais sobre o P.T.*	Brasil	2016-2017	2017	Qualitativo	LILACS
7 – DELLACASA, 2018	Pessoas trans (geral)			Produção de conhecimento biomédico sobre identidades trans e suas transformações	Argentina		2018	Qualitativo	LILACS
8 – FARGI, 2015	Pessoas trans (geral)			Políticas públicas	Argentina	2011-2013	2015	Qualitativo	PubMed
9- COSME et al, 2017	Mulheres trans	10	18-60 anos	Medicalização e acesso a saúde	México		2017	Qualitativo	PubMed
10 – RITERBUSH et al, 2018	Mulheres trans	28	19-56 anos	Acesso a saúde	Colômbia	2016	2018		PubMed
11 – KIRK e HUIISH, 2018	Pessoas trans -geral			Políticas públicas	Cuba		2018	Qualitativo	PubMed
12 - ROCON et al, 2016	Mulheres transexuais, homens transexual, travestis e "gay"	15		Dificuldade no acesso ao SUS por pessoas trans	Brasil		2016	Qualitativo	PubMed

Artigos (nº - autores, ano)	Como foram identificados/se identificam.	Total de participantes	Idade participantes	Assunto principal do artigo	País	Ano da pesquisa	Ano de publicação	Tipo do estudo	Base de dados
13 - COSTA et al, 2016	Mulheres trans, homens trans e gênero diverso	626		Necessidades e barreiras no acesso a saúde	Brasil		2016	Qualitativo	PubMed
14 - SOCIAS et al, 2014	Mulheres transgênero	452	25-37 anos	Fatores que façam com que evitem serviços de saúde	Argentina	2013	2014	Qualitativo	PubMed
15 - BOYCE, et al 2012	Transgêneros	29	20-59	<u>A</u> cesso a saúde sexual	Guatemala		2012	Qualitativo	PubMed
16 SOUSA e IRIART, 2018	Homens trans	10	20-43 anos	Demandas e necessidades de homens trans	Brasil		2018	Qualitativo	PubMed

*PT. Processo Transexualizador. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

4.1 DISPONIBILIDADE

Os Quadros 2 e 3 apresentam os resultados referentes a dimensão de acesso referida como disponibilidade, que apresenta dados sobre a existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e quando é necessário, sendo que o primeiro contém resultados de caráter descritivo e o segundo objetivos. Os espaços em branco correspondem a ausência da informação nos artigos estudados.

Os serviços abordados pelos artigos/utilizados pelos participantes foram demandas gerais e específicas da saúde trans, serviços clínicos, hospitalares, atendimentos emergenciais, serviços direcionados à saúde sexual, acompanhamento de terapia hormonal, psicoterapia e procedimentos cirúrgicos (ver Quadro 2).

Os locais de dispensação de cuidado referidos foram centros públicos, clínica privadas e obras sociais, hospitais, centros de saúde e DML e centros destinados a saúde sexual (ver Quadro 2).

Os profissionais envolvidos no cuidado referidos foram médicos de diferentes especialidades, referidos por 37,5% estudos, psicólogos/psicanalistas por 25% estudos e nutricionistas e assistentes sociais por 6,25% dos estudos (ver Quadro 2).

Sousa e Iriart *et al* (2018) reporta em seu estudo que os participantes relatam como demandas de profissionais nutricionista, médica/o cirurgiã/o, ginecologista, dermatologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, psiquiatra e psicanalista (ver Quadro 2). No artigo de ROCON *et al* (2016) refere-se que dentro do Processo transexualizador, serviço regulamentado pela portaria nº 457 em 2008 pelo Ministério da Saúde Brasileiro, a equipe multidisciplinar que necessária é composta por Médicos (Psiquiatra, Cirurgião, Endocrinologista), Psicólogo e Assistente Social (Ver Quadro 2).

Quadro 2- Disponibilidade 1.

Artigos (nº - autores, ano)	Tipo do serviço	Local da dispensação do cuidado	Tipo de serviço público/privado	Profissionais envolvidos no cuidado	Barreiras ao acessar a saúde
1 - BRAZ, 2019 (a)			Público		
2 – MONTEIRO e BRIGEIRO, 2019	Atendimentos de emergência nas unidades básicas e serviços específicos para a saúde trans.		Público. Rede privada exclusivamente para procedimentos estéticos		Presença
3 - NEER, 2018	Específicos da saúde trans	Centros públicos, clínica privadas e obras social	Público, privado e obras sociais	Médicos	
4 -DOMINGUEZ et al, 2018	Serviços Clínicos, hospitalares e de emergência	Clínicas e hospitais	71% afiliadas ao sistema nacional de seguridade social em saúde, 61% regime subsidiado, 9,2% regime contributivo, 1% regime especial	Médicos e psicólogos	Presença de barreiras ao acesso.
5 - BRAZ 2019 (b)			Público	Médicos	Presença
6 - PINTO et al, 2017	Atendimento médico/psiquiátrico				
7 – DELLACASA, 2018					
8 – FARGI, 2015	terapia hormonal e psicológica e procedimentos cirúrgicos.				
9- COSME et al, 2017	Gerais ou específicas	Cidade do México - Clínica Condessa	Público (única clínica do país)	Médicos, psicólogos	Presença.
10 – RITERBUSH et al, 2018	Gerais e específicos		Depende de recursos públicos e privados		Presença

Artigos (nº - autores, ano)	Tipo do serviço	Local da dispensação do cuidado	Tipo de serviço público/privado	Profissionais envolvidos no cuidado	Barreiras ao acessar a saúde
11 – KIRK e HUISH, 2018					
12 - ROCON et al, 2016	Gerais e específicos	Hospitais, centros de saúde e DML*	Público	Médicos, Psicólogo e Assistente Social.	Presença
13 - COSTA et al, 2016					
14 - SOCIAS et al, 2014	Serviços de saúde em geral e específicos		Público e privado		Presença
15 - BOYCE, et al 2012	Serviços direcionados à saúde sexual	Clínicas/centro destinadas a saúde sexual	Público		Presença
16 SOUSA e IRIART, 2018	Principalmente demandas específicas também demandas gerais		Público (p.t.) e privado (cidades que não têm).	Demandas dos entrevistados: nutricionista, médicas/os, psiquiatra e psicanalista.	Presença

DML: Departamento Médico Legal. Fonte: Elaborado pela autora (2019)

As barreiras no acesso à saúde de pessoas trans foram relatadas em 56,25% dos estudos (ver Quadro 2). Monteiro e Brigeiro (2018) relatam dificuldades de acesso que não estavam relacionadas à discriminação sexual ou de gênero e sim ao tempo de espera e a distância, o artigo de BRAZ (2019)^b relata barreiras econômicas, como ter que pagar por mamoplastia masculinizadora, fato que ocorria antes da argentina Lei de Identidade de gênero entrar em vigor.

Cosme e colaboradores/as (2017) reportam presença de impedimentos econômicos, discriminação, violência em ambientes de saúde, entrada na unidade negada, e participantes não serem chamadas pelo nome social. Riterbush e colaboradores/as (2018) relatam abuso verbal, discriminação por parte dos profissionais e dificuldades financeiras/econômicas. No estudo de Rocon e colaboradores/as (2016) são reportados desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no Processo Transexualizador. Socias e colaboradores/as (2014) reportam como barreiras a violência policial, estigma internalizado, discriminação por trabalhadores da saúde e pacientes, morar na área metropolitana de Buenos Aires, histórico de trabalho sexual e terem sido presas. O artigo de Boyce e colaboradores/as (2012) relata o medo de discriminação relacionada à identidade e comportamentos sexuais, medo de estigma e discriminação relacionados a DST/HIV, falta de apoio social e custos financeiros. Sousa e Iriart (2018) citam a presença de impedimentos ao acesso tais como transfobia, patologização, falta de informação de profissionais e deslegitimação das identidades trans.

Apesar do artigo de Monteiro e Brigeiro (2019) trazer relatos de que o atendimento é visto como respeitoso, a maioria das participantes cita terem identificado preconceito, ainda que não seja explícito.

Quadro 3 - Disponibilidade 2

Artigos (nº - autores, ano)	Violência enfrentada	Política pública específica	Diagnóstico obrigatório	Respeito ao nome social	Relato de Automedicação	Violação do direito a saúde	Acesso negado ao serviço
1 - BRAZ, 2019 (a)		Sim	Sim			Sim	Sim
2 – MONTEIRO e BRIGEIRO, 2019		Sim		Não	Sim	Sim	
3 - NEER, 2018		Sim	Sim				
4 -DOMINGUEZ et al, 2018					Sim		
5 - BRAZ 2019 (b)	Sim	Sim		Não			
6 - PINTO et al, 2017	Sim	Sim	sim		Sim		
7 – DELLACASA, 2018		Sim					
8 – FARGI, 2015		Sim					
9- COSME et al, 2017	Sim		Sim				Sim
10 – RITERBUSH et al, 2018	Sim			Não	Sim (23)	Sim (27)	Sim (28)
11 – KIRK e HUISH, 2018		Sim					
12 - ROCON et al, 2016	sim	Sim	Sim	Não		Sim	Sim
13 - COSTA et al, 2016					Sim		Sim
14 - SOCIAS et al, 2014	Sim	Sim			Sim 51% das mulheres e 39% dos homens		

Artigos (nº - autores, ano)	Violência enfrentada	Política pública específica	Diagnóstico obrigatório	Respeito ao nome social	Relato de Automedicação	Violação do direito a saúde	Acesso negado ao serviço
15 - BOYCE, et al 2012							Sim
16 SOUSA e IRIART, 2018	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Houve relatos de violência durante os processos de acesso à saúde em 43,7% dos artigos (ver Quadro 3). Braz (2019) relata no artigo 5 que os participantes passaram por situações de não uso do nome social, transfobia e violência (BRAZ, 2019)^b. Segundo (PINTO *et al*, 2017), participantes são forçadas a se designarem como loucas para terem acesso aos serviços, autoritarismo médico. O artigo de Cosme e colaboradores/as (2017) relata presença de violência psicológica física e sexual. De acordo com RITERBUSH e colaboradores/As (2018), as participantes enfrentam estigma, violência, discriminação, profiling, serem tratadas como homens, negligência médica, julgamento, tortura.

Houve relatos de violência psicológica, físico, sexual entre os participantes do décimo-quarto estudo, sendo que 53,8% relatam já sofreram violência policial (SOCIAS, 2014).

Em 68,75% dos artigos foram reportados presença de políticas públicas com a finalidade de promover o acesso a pessoas trans. Uma delas é a Lei 26.743 da Identidade de Gênero (2012) publicada na Argentina e citada por Dellacasa (2018), Socias e colaboradores/as (2014), Fargi (2015), Braz (2019)^B, Neer (2018), Braz(2019)^b. Enquanto Monteiro e Brigeiro (2019), Pinto e colaboradores/as (2017), Rocon e colaboradores/as (2018), e Sousa e Iriart (2018) citam o Processo Transexualizador do Brasil, como política pública para as pessoas trans acessarem serviços de saúde para demandas específicas da saúde trans, e Kirk e Huish citam a resolução 126 de Cuba, que em 2008 regulamenta sobre cirurgias de redesignação sexual.

A obrigatoriedade de diagnóstico para que o usuário possa acessar serviços de saúde foi evidenciada em 37,5% dos estudos, enquanto o desrespeito aos nomes social (nome como se identifica) em estabelecimentos de saúde foi relatado em 25% dos estudos (Ver Quadro 3).

O ato de automedicação foi demonstrado em 43,75% dos estudos (Ver quadro 3). Algumas práticas de automedicação foram reorientadas por profissionais da saúde quando as participantes foram inseridas Processo Transexualizador. (PINTO *et al*, 2017). Relatos no estudo nº1 de BRAZ (2019)^a indicam que a prescrição médica para alguns procedimentos lhes tira a autonomia do processo. O estudo de Riterbush e colaboradores/as (2018) descreve que 23 das 28 participantes se automedicavam.

Socias e colaboradores referem que 51% das mulheres e 39% dos homens faziam automedicação.

Para Cosme e colaboradores/as (2017) a automedicação demonstra a difusão da ideia de “corrigir” o corpo, disseminado através da medicalização, e é gerada principalmente por barreiras no acesso, como discriminação, barreiras econômicas e falta de unidades que ofereçam atendimentos adequados.

Foram relatadas consequências negativas por aplicação de líquidos como silicone industrial, óleos vegetais e outros com finalidade de modificação corporal em 3 dos artigos estudados (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019), (RITERBUSH *et al*, 2018), (ROCON *et al*, 2016).

Atos de violação à saúde foram reportados em 31,25% dos artigos (ver Quadro 3). De acordo com o artigo de Riterbush e colaboradores/as (2018) 27 das 28 participantes tiveram seu direito à saúde violado.

Os artigos evidenciam importante demanda para serviços de saúde mental, justificada como resultado pela discriminação e estigma enfrentados na sociedade em que vivem, 72,5% indicaram ter necessidade por serviços psicológicos (DOMINGUEZ *et al*, 2018) e todas as participantes apresentaram quadros de problemas relacionados à saúde mental como ansiedade, depressão e uso de drogas (RITERBUSH *et al*, 2018).

Dos artigos estudados, 37,5% reportam acesso negado a serviços de saúde (ver Quadro 3), no estudo de Riterbush e colaboradores/as (2018) todas as participantes relatam já ter passado pelas experiências de não terem conseguido obter serviços de saúde devido ao acesso negado.

Não foram obtidas informações sobre distância do local de saúde e a residência dos participantes, atuação do profissional farmacêutico na linha de cuidado e assistência farmacêutica nos estudos.

4.2 INFORMAÇÃO

A dimensão de acesso à saúde designada Informação, refere-se ao grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Quadro 4 - Informação

Artigos (nº - autores, ano)	Escolaridade do usuário do serviço	Fontes de informação do usuário do serviço	Fontes de informação do profissional de saúde	Conhecimento do profissional do cuidado de saúde	Visão patologizadora do profissional de saúde?
1 - BRAZ, 2019 (a)	Superior completo e incompleto		Protocolos		Sim
2 – MONTEIRO e BRIGEIRO, 2019	Entre não conclusão do Ensino médio, concluindo o ensino médio ou completo e ensino superior.	Redes políticas e de amizades			
3 - NEER, 2018			Protocolos feitos dentro das próprias clínicas onde o cuidado e prestado	Seguem protocolos, tem conhecimento sobre a lei.	Sim
4 -DOMINGUEZ et al, 2018	53,2% cursaram alguns anos no ensino médio				
5 - BRAZ 2019 (b)		Internet		Falta treinamento e educação para profissionais	
6 - PINTO et al, 2017					Sim
7 – DELLACASA, 2018		Internet/blogs			Sim
8 – FARGI, 2015					
9- COSME et al, 2017					
10 – RITERBUSH et al, 2018					
	Alguns relatos de desistência do estudo	Comunidade e colegas trans		Desinformados e incapacitados. Sem protocolos sobre saúde trans na colômbia.	Sim
11 – KIRK e HUISH, 2018			Protocolos nacionais		
12 - ROCON et al, 2016					Sim

Artigos (nº - autores, ano)	Escolaridade do usuário do serviço	Fontes de informação do usuário do serviço	Fontes de informação do profissional de saúde	Conhecimento do profissional do cuidado de saúde	Visão patologizadora do profissional de saúde?
13 - COSTA et al, 2016	67% não concluíram o ensino médio; 33% concluíram				Sim
14 - SOCIAS et al, 2014		Internet			
15 - BOYCE, et al 2012	Entre não conclusão do Ensino Médio, conclusão do ensino médio e graduação.				Sim
16 SOUSA e IRIART, 2018	Entre o Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo, Ensino Técnico completo e Superior em curso			Insuficiente	Sim

Fonte Elaborado pela autora (2019).

A escolaridade dos usuários dos serviços de saúde variou entre ensino médio não concluído e ensino superior concluído. Além disso, 50% dos estudos continham informações sobre escolaridade dos participantes, sendo que foram citados em 31,25% dos artigos participantes que não tinham ensino médio concluído, em 6,25% ensino técnico completo, em 18,75% dos estudos pessoas que estavam com o ensino superior em curso e em 18,75% ensino superior completo (ver Quadro 4).

A escolaridade das participantes do estudo de Monteiro e Brigeiro (2018) demonstrou que 2 delas não concluíram ensino médio, 4 concluíram ensino médio, 2 pararam os estudos, mas voltaram a estudar para concluir e uma tinha ensino superior.

Para Boyce e colaboradores/as (2012) 6 participantes não concluíram o Ensino Médio, 1 concluiu o ensino médio e 1 cursou graduação.

Monteiro e Brigeiro (2018) relatam que as participantes demonstraram conhecimento sobre seus direitos, e quando tem algum problema relacionado a acesso aos serviços ou insumos por questões de gênero, ativam suas redes políticas e de amizades para solucionar o problema e buscar informações.

Dellacasa (2018) cita que profissionais relatam que pessoas trans tem se mostrado com postura ativa, predisposição a cooperação e participação nas decisões que envolvem seus processos corporais, conseguindo mais autonomia nos processos de saúde.

Monteiro e Brigeiro (2018) citam que participantes relatam conhecimento sobre uso de hormônios tal como suas dosagens, efeitos colaterais, riscos e efeitos esperados, e relatam a presença de automedicação para possibilitar maior autonomia do processo, dentro dela o uso de hormonioterapia e auto aplicação de hormônios injetáveis, também é relatado o uso de corticoide (Decadron) com a finalidade de obter inchaço corporal, para evitar os efeitos adversos “internos” dos hormônios.

Apesar de no Brasil, em alguns locais que existam unidades do Processo Transexualizador serem gratuitamente dispensados medicamentos para hormonioterapia, as participantes do estudo de Monteiro e Brigeiro (2018) citam não estarem mais conseguindo obter acesso a eles, nem aos outros medicamentos de demandas gerais que deveriam ser dispensados pelo Sistema único de Saúde, e atribuem essa falta de medicamentos à crise financeira do estado do Rio de Janeiro.

As fontes de informações dos usuários sobre saúde citadas foram internet, redes políticas e colegas/amigas da comunidade trans, enquanto as fontes de informações citadas para profissionais são protocolos, alguns desenvolvidos nacionalmente, baseados em padrões internacionais, como ocorre em Cuba (KIRK; HUIISH, 2018) e outros desenvolvidos por cada clínica/centro de saúde em que o cuidado é prestado, como acontece na Argentina (NEER, 2018).

Foram reportados dados sobre conhecimento de profissionais de saúde em 25% dos estudos, sendo que é relatada falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre demandas trans em 18,75% dos estudos, e em 6,25% dos estudos é reportado que os profissionais seguem protocolos e tem conhecimento sobre a lei vigente, tais artigos são sobre a Argentina e a Lei da Identidade de Gênero (ver Quadro 4).

Apesar dos profissionais de saúde citados no estudo de Neer (2018) estabelecem protocolos para o atendimento clínico e terem conhecimento da Lei de Identidade de gênero, que tem estabelece a não necessidade de diagnóstico para acessar serviços relacionados a demandas específicas de pessoas trans, alguns não concordam com o proposto pela lei, pois reclamam sua autoridade sobre definição dos cursos do tratamento e criticam a lei pois segundo eles a mesma regula o exercício da profissão médica ao aumentar autonomia do paciente. De acordo com Dellacasa (2018) os profissionais colocam o sofrimento de pessoas trans como justificativa para medicalizá-las, utilizando de discursos patologizantes para aplicar mudanças corporais e tratamentos hormonais.

Cosme e colaboradores/as (2017) citam que a medicalização da sexualidade se dá através da patologização da pessoa trans, para que seja possível justificar a necessidade de utilizar tecnologias terapêuticas farmacológicas e procedimentos cirúrgicos com a finalidade da reinserção da pessoa na sociedade.

Ainda sobre o conhecimento dos profissionais, Riterbush e colaboradores/as cita que o Sistema de Saúde colombiano tem falta de protocolos para demandas específicas trans e que os profissionais são incapacitados para auxiliar em questões específicas de saúde trans, alguns deles não sabem o que significa LGBT ou trans. Sousa e Iriart (2016) também trazem relatos de conhecimento insuficiente de profissionais, em que existe falta de informação sobre saúde de pessoas trans.

A visão patologizadora dos profissionais de saúde está presente em 56,25% dos estudos (ver Quadro 4). Entretanto, apesar de Monteiro e Brigeiro (2018) não citarem a experiência das participantes com visão patologizadora de profissionais, em alguns casos foram demonstrados profissionais médicos com entendimento autoritário da profissão, que gera perda de autonomia das usuárias.

No estudo de Dellacasa (2018) reporta-se que a partir da caracterização biomédica se desenvolveu o processo moderno de medicalização, que abarcou a sexualidade e a identidade de gênero como questões médicas, sendo assim aptas a serem patologizadas. Ainda nesse artigo é relatado que profissionais colocam o corpo desejado como algo difícil de alcançar, o que causa ansiedade e incômodo, assim se utilizam do sofrimento de pessoas trans como justificativa para medicalizá-las. Sob a óptica dos autores desse estudo, argumentos que colocam pessoas trans em posição de vítimas são utilizados por profissionais para patologizar e individualizar experiências trans.

4.3 PODER DE PAGAMENTO

A dimensão de acesso à saúde correspondente ao Poder de Pagamento, refere-se à relação entre o custo para usar os serviços de saúde e capacidade de pagamento dos usuários de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Quadro 5 - Poder de pagamento

Artigos (nº - autores, ano)	Renda/classe econômica	Fontes de renda/ocupação	Cobertura por seguro/plano de saúde	Existe serviços públicos/gratuitos
1 - BRAZ, 2019 (a)		Estudante, programador, funcionário público um desempregado		Sim
2 – MONTEIRO e BRIGEIRO, 2019		Auxiliar administrativa, cabeleireira, secretária, merendeira, prostituta.	Não	Sim
3 - NEER, 2018				
4 -DOMINGUEZ et al, 2018	98% corresponde a classe baixa e média- baixa	51,8% são trabalhadoras do sexo, 29,5% cabeleireiras, 75,2% ficou abaixo do salário mínimo atual	Sistema nacional de seguridade social em saúde, regime subsidiado, regime contributivo e regime especial.	
5 - BRAZ 2019 (b)		Trabalham ou estudam		Sim.
6 - PINTO et al, 2017				
7 – DELLACASA, 2018				Sim
8 – FARGI, 2015				
9- COSME et al, 2017		“Obrera”, trabalhadora sexual, empregada, estilista, locutora de rádio e funcionária publica		
10 – RITERBUSH et al, 2018	0 - Classe econômica mais baixa	Maioria são trabalhadoras do sexo		
11 – KIRK e HUISH, 2018				Sim

Artigos (nº - autores, ano)	Renda/classe econômica	Fontes de renda/ocupação	Cobertura por seguro/plano de saúde	Existe serviços públicos/gratuitos
12 - ROCON et al, 2016		60% já trabalharam/trabalham como profissionais do sexo como fonte principal de renda ou complementar		Sim
13 - COSTA et al, 2016				Sim
14 - SOCIAS et al, 2014		23,9% estão empregadas (trabalho que não seja sexual) e 84,6% já foram/são trabalhadoras sexuais	18,5% possuem	Sim
15 - BOYCE, et al 2012	Baixa renda	4 foram/são trabalhadoras do sexo, 5 estão empregadas e 3 estão desempregadas.	Não	Sim
16 SOUSA e IRIART, 2018		Aposentado, estudante, artista plástico, produtor cultural, vendedor, produtor de rádio e serviços gerais		Sim

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Apenas 18,75% dos estudos trouxeram informações sobre a renda ou classe econômica dos participantes, a qual se demonstrou estar entre média e baixa (ver Quadro 5).

Todos os artigos que utilizaram mulheres trans/travestis como foco de estudo e reportam informações sobre fontes de renda/ocupação relataram que parte das participantes trabalham com sexo (ver Quadro 5). No estudo de Monteiro e Brigeiro (2019) é citado que a prostituição garante renda para financiar procedimentos estéticos. No artigo de Riterbush e colaboradores/as (2018) a maioria das participantes (26) são trabalhadoras do sexo.

Nos artigos que tinham somente homens trans como foco, não foram reportados casos de trabalho sexual (ver Quadro 5).

Em 62,50% dos artigos foi citado o uso ou existência de serviços de saúde públicos destinados a pessoas trans, quase a metade (44,44%) deles referem também a presença de serviços privados e 22,22% deles relatam que o acesso a tais serviços se dá por meio de um sistema de saúde “misto”, em que a subsídio dos serviços por parte do estado depende do tipo de serviço e do estrato social do usuário que existe na Colômbia (DOMINGUEZ *et al*, 2018).

De acordo com o Dominguez e colaboradores/as (2018), 71% das participantes são afiliadas ao sistema nacional de seguridade social em saúde, 61% em regime subsidiado, 9,2% no regime contributivo, 1% em regime especial

Sobre os serviços públicos e gratuitos disponíveis, o artigo de Costa e colaboradores/as (2016) cita o Processo Transexualizador no Brasil, que realiza serviços específicos da saúde trans e demais serviços de demandas gerais do SUS de forma gratuita. Monteiro e Brigeiro (2019) abordam a realidade brasileira sobre o Processo Transexualizador e relatam que a realização de cirurgias e hormonioterapia dentro da rede pública não tem se mostrado uma realidade pela demora ao acessá-los.

O estudo de Sociais e colaboradores/as (2014) cita que após a aprovação e implementação da lei da Identidade de Gênero na Argentina, os serviços relacionados a transição de gênero são garantidos gratuitamente pelo sistema público de saúde. Braz (2019)^b cita também tais serviços implementados pela lei Argentina de 2012,

porém traz narrativas de participantes que não obtiveram acesso a esses serviços anteriormente a implementação dos serviços descritos na lei, que ocorreu em 2015.

Apesar da existência de serviços gratuitos na América Latina, também houve relatos de utilização de serviços privados, em que Dominguez e colaboradores/as (2018) citam que participantes tiveram que pagar para acessar procedimentos estéticos, preservativos e hormônios, enquanto o Braz (2019)^b cita que participantes pagaram para realizar a mamoplastia masculinizadora, pois antes da lei de Identidade de Gênero entrar em vigor apenas era disponibilizada a mastectomia pelo sistema de saúde, procedimento tinha uma diferente finalidade (pacientes com câncer de mama), deixava grandes cicatrizes e não tinha objetivo de deixar “esteticamente masculinizado”.

Em 12,50% dos artigos parte dos participantes tinham cobertura por seguro/plano de saúde. Em outros 12,50% todos os participantes não tinham cobertura por planos de saúde. Nos outros estudos não foram reportadas informações sobre o assunto. A existência de serviços públicos gratuitos foi referida em 62,50% dos estudos (ver Quadro 5).

4.4 ACEITABILIDADE

A dimensão de acesso à saúde referida como Aceitabilidade, descreve dados sobre a natureza dos serviços prestados e a percepção dos serviços pelos usuários de saúde e comunidades (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Quadro 6 - Aceitabilidade

Artigos (nº - autores, ano)	Crenças e atitudes com relação à saúde	Confiança no sistema de saúde	Experiências negativas relacionadas a saúde	Satisfação com os serviços de saúde	Contexto afetivo com o sistema de saúde	Evita procurar unidades de saúde
1 - BRAZ, 2019 (a)						
2 – MONTEIRO e BRIGEIRO, 2019			Sim	Satisfeitas		
3 - NEER, 2018						
4 -DOMINGUEZ et al, 2018				Variou entre as participantes e os serviços avaliados		Sim
5 - BRAZ 2019 (b)						
6 - PINTO et al, 2017	Se sentem dominadas ao acesso no sistema de saúde - não entendem como patologia	Não			Se sentem medicalizadas e objeto de uso dos profissionais.	
7 – DELLACASA, 2018						
8 – FARGI, 2015						
9- COSME et al, 2017						
10 – RITERBUSH et al, 2018	Vergonha e rejeição sofridos dentro do sistema de saúde reforçam experiências vividas no passado	Não	Sim		Vergonha, medo, frustração tristeza a desamparo	Sim
11 – KIRK e HUISH, 2018						
12 - ROCON et al, 2016			Sim	Não	Majoria se sente desconfortável	Sim

Artigos (nº - autores, ano)	Crenças e atitudes com relação à saúde	Confiança no sistema de saúde	Experiências negativas relacionadas a saúde	Satisfação com os serviços de saúde	Contexto afetivo com o sistema de saúde	Evita procurar unidades de saúde
13 - COSTA et al, 2016			Sim		Menosprezado ou ridicularizado por ser transgênero	Sim
14 - SOCIAS et al, 2014			Sim			Sim
15 - BOYCE, et al 2012		Não	Sim	Não		Sim
16 SOUSA e IRIART, 2018			Sim	Não		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Apenas 12,50% dos artigos trouxeram informações sobre crenças e atitudes com relação à saúde, sendo que são citados o sentimento de dominação durante o acesso ao sistema, decido a patologização (PINTO *et al*, 2017) e que se sentem rejeitadas e envergonhadas devido experiências dentro do sistema de saúde no passado (RITERBUSH *et al*, 2018) (ver Quadro 6).

Apenas 18,75% dos artigos trouxeram dados sobre a confiança no sistema de saúde, sendo que todos os que reportaram foram negativamente (ver Quadro 6).

Em 43,75% dos estudos foram citadas experiências negativas anteriores relacionadas à saúde (ver Quadro 6), sendo que Monteiro e Brigeiro (2019) relatam a ocorrência de problemas graves relacionados a procedimentos feitos por médicos, como a cirurgias, que tiveram que ser repetidas. Riterbush e colaboradores/as (2018) referem ao abuso verbal e a não serem chamadas pelo nome social, e Costa e colaboradores/as (2016) relatam experiências dos usuários com profissionais que duvidam do gênero como se identificam e serem ridicularizados dentro do sistema de saúde.

Nos artigos estudados, 18,75% demonstraram insatisfação dos usuários de saúde com os serviços, 6,25% relatam que satisfação e para 6,25% as opiniões variam (ver Quadro 6). No artigo de Monteiro e Brigeiro (2018) a maioria das participantes relataram estar satisfeitas com os serviços de saúde, em comparação com períodos anteriores que relataram não ter acesso nenhum. No estudo de Dominguez e colaboradores/as (2018) as opiniões de satisfação foram relativas entre as participantes e serviços, sendo que 25% das participantes classificou a consulta médica como ruim ou muito ruim, 32% classificou o atendimento de emergência como ruim ou muito ruim, atendimentos hospitalares foram classificados positivamente para 88%. Em outros 3 estudos os/as participantes relataram não estarem satisfeitos com os serviços de saúde (ROCON *et al*, 2016), (BOYCE *et al*, 2012) e (SOUSA; IRIART, 2018).

Segundo Pinto e colaboradores/as (2017), o contexto afetivo com o sistema de saúde para as entrevistadas é da sensação de estarem sendo medicalizadas e sendo objeto de uso dos profissionais, com presença de autoritarismo médico. No estudo de Rocon e colaboradores/as (2016) a maioria dos participantes se sente desconfortável ao acessar tais serviços. Existem relatos no estudo de Costa e colaboradores/as (2016) de que participantes se sentem menosprezados ou

ridicularizados por ser transgênero. Segundo o estudo de Riterbush e colaboradores/as (2018) o contexto afetivo com o sistema de saúde se dá com sentimentos de vergonha, medo, frustração, tristeza e desamparo. Segundo os dados reportados no quadro 6 referidos nos artigos, 37,50% deles relatam que pessoas trans evitam procurar unidades de saúde. No artigo de Riterbush e colaboradores/as (2018) é reportado que todas das participantes evitam procurar serviços de saúde, enquanto Dominguez e colaboradores/as (2018) citam que a maioria das entrevistadas mais jovens não procuram o sistema e que o número de procura entre as mais velhas é maior. No estudo desenvolvido por Boyce e colaboradores/as (2012) 40,7% dos participantes evitam procurar serviços de saúde.

5 DISCUSSÃO

Foram observados poucos dados na dimensão de informação, principalmente relacionadas aos profissionais, como fontes de informação, conhecimento, escolaridade/formação, assim como da dimensão de aceitabilidade, que apresentou escassas informações sobre confiança no sistema de saúde, ansiedade relacionada à saúde e crenças em relação à saúde sob óptica dos usuários.

Dentre os estudos incluídos, não foram observadas informações sobre a inserção profissionais farmacêuticos nos cuidados de saúde. Enfatiza-se que na busca utilizarmos descritores e termos MeSH específicos com intenção de promover resultados relacionados ao assunto (“Assistência Farmacêutica” e “Pharmaceutical Services”), no entanto alguns dos artigos que não passaram pelos critérios de inclusão, por não ser sobre países da América Latina, abordam o assunto.

Um dos exemplos é o estudo de Newsome e colaboradores/as (2017), realizado na cidade de Novo México nos E.U.A., cita que farmacêuticos podem desempenhar um papel integral na equipe de saúde no cuidado de pacientes transgêneros, gerenciando terapia hormonal e intervenções para redução de risco. Sendo a categoria profissional especialista em medicamentos, os farmacêuticos estão bem posicionados para fornecer educação aos usuários de saúde trans sobre os efeitos esperados de suas terapias médicas, além de auxiliar os demais prestadores de cuidados primários na tarefa de obter consentimento informado para tratamentos hormonais, incluindo considerações médicas e sociais associadas (NEWSOME *et al*, 2017).

Observa-se ainda no artigo incluído na presente revisão, realizado no Brasil por Sousa e Iriart (2018), que os profissionais referidos por usuários de saúde trans envolvidos no cuidado foram médicos de diferentes especialidades, psicólogos/psicanalistas, nutricionistas e assistentes sociais. No entanto no mesmo estudo existem relatos de que 5 dos 10 participantes faziam uso de hormonioterapia com testosterona. Enfatiza-se que além desse estudo, outros 4 artigos incluídos na revisão foram realizados no Brasil.

Ressalta-se que no Brasil a testosterona se encontra na lista de substâncias sujeitas a controle especial, mais precisamente na Lista de Substâncias Anabolizantes - C5, disposta na Portaria Nº 344, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde

Segundo o Artigo 37 da Resolução CFF nº 357/2001 os referido medicamentos só podem ser dispensados por um profissional farmacêutico, sendo vedado delegar a responsabilidade sobre a chave dos armários e dispensação do mesmo a outros profissionais. Além disso, ressalto também a Política Nacional de Assistência farmacêutica, aprovada pela resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, que determina ao farmacêutico a responsabilidade por conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Traz-se as legislações acima para contextualizar o cenário brasileiro, em que o profissional farmacêutico é responsável dentre outras atividades, pela assistência farmacêutica, logo o mesmo deveria estar exercendo tal função e participando da linha do cuidado de pessoas trans, seja prestando assistência farmacêutica durante a dispensação de medicamentos para hormonioterapia e outros medicamentos citados nos estudos (corticoides, Minoxidil e outros) controlados ou não, ou pela participação de equipes multidisciplinares responsáveis pela atenção à saúde de pessoas trans, como as do Processo Transexualizador do SUS, que em sua regulamentação, na Portaria nº803, de 19 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde, não estabelece inclusão do profissional farmacêutico dentro da equipe mínima assistencial.

O fato do profissional farmacêutico não ter sido mencionado nos estudos, apesar de que em muitos citam o acesso a medicamentos (DOMINGUEZ *et al*, 2018), (ROCON *et al*, 2016), (COSME *et al*, 2017), (KIRK; HUIISH,2018), (COSTA *et al*, 2018), (SOUSA; IIRIART, 2018), (DELLACASA, 2018), (NEER, 2018), (BRAZ, 2019)^a, (BRAZ,209)^b, (PINTO *et al*, 2017), nos abre margem a levantar hipóteses, quais sejam: o farmacêutico está devidamente capacitado e/ou exercendo a devida assistência farmacêutica para pessoas trans? As pessoas trans identificam o profissional farmacêutico como parte integrante da área da saúde?

Neste sentido, importa destacar que muitas pessoas trans evitam procurar serviços de saúde, devido as barreiras no acesso a saúde tempo de espera (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2018), impedimentos econômicos (BRAZ 2019)^a, discriminação, violência, entrada negada em unidades de saúde e não uso do nome social (COSME *et al*, 2017) diagnóstico patologizante (ROCON *et al*, 2016) violência policial, estigma internalizado e discriminação por trabalhadores de saúde, área em

que reside (SOCIAS *et al*, 2014) medo de discriminação, estigma e falta de conhecimento de profissionais (SOUSA; IRIART, 2018), e consequentemente acabam se utilizando da automedicação, citada em 43,75% dos artigos estudados (ver Quadro 3), e/ou acessando medicamentos por vias clandestinas, por fim essa parcela da comunidade não tem contato com profissionais de saúde (COSTA *et al*, 2018).

Além disso, indaga-se como a academia latino-americana está enxergando e preparando profissionais farmacêuticos para cuidarem de saúde da população trans, se não publica informações relacionadas ao assunto?

É importante enfatizar que essa discussão se dá sob óptica de uma graduanda em farmácia que estuda no Brasil, país em que existem leis que garantem a obrigatoriedade da presença de farmacêuticos em locais de dispensação de medicamentos, porém dentro da América Latina existem diferentes realidades sobre a regulamentação da atuação do profissional.

No âmbito dos medicamentos, através dos resultados obtidos (COSTA *et al*, 2016) nota-se que no Brasil homens trans se utilizam mais do mercado clandestino para acessar terapias hormonais do que mulheres trans/travestis. Uma das hipóteses para tal diferença é o maior controle com a dispensação da testosterona principal medicamento utilizado para hormonização de homens trans, por ser um medicamento utilizado como anabolizante, e o livre acesso aos hormônios femininos utilizados por mulheres trans/travestis, também utilizados como anticoncepcionais e para tratamento de mulheres cis e quando estão em período de menopausa. No entanto essa hipótese só pode ser levantada para o território brasileiro, haja vista a necessidade de comparação das regulamentações sanitárias a respeito

Relatos no estudo de BRAZ (2019)^a indicam que a prescrição médica para alguns procedimentos lhes tira a autonomia do processo.

Todos os artigos que utilizaram mulheres trans/travestis como foco de estudo e reportam informações sobre fontes de renda/ocupação relataram que parte das participantes trabalham com sexo. No estudo de Monteiro e Brigeiro (2019) é citado que a prostituição garante renda para financiar procedimentos estéticos. No artigo de RITERBUSH e *colaboradores/as* (2018) a maioria das participantes (26) são trabalhadoras do sexo.

Nos artigos que tinham somente homens trans como foco, não foram reportados casos de trabalho sexual. É importante fazer o recorte da vivência social

de mulheres trans/travestis, homens trans e pessoas de gênero diverso experimentam, visto que a, as oportunidades e as condições de trabalho e remuneração interferem também nos riscos e no acesso à saúde.

As políticas públicas específicas para garantia de direitos de pessoas trans citadas foram a Lei de Identidade de Gênero Nº 26743 (NEER, 2018) (BRAZ, 2019)^a, (BRAZ, 2019)^b, (SOCIAS *et al*, 2014), (DELLACASA, 2018) regulamentada em 2012, e entrou implementada em 2015 na argentina e , a resolução 126 de Cuba (KIRK; HUIH, 2018) Processo Transexualizador do SUS (SOUSA; IRIART, 2018) (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019), (BRAZ, 2019)^a, (ROCON *et al*, 2016) (PINTO *et al*, 2017), regulamentado pela portaria nº1.707, de 18 de agosto de 2008, e posteriormente redefinido e ampliado pela portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013 do Ministério de Saúde brasileiro.

A garantia da cobertura completa das cirurgias de redesignação sexual em Cuba se deu em 2008 a partir da Resolução 126, apesar do governo autoritário e do histórico de discriminações com a comunidade LGBT cubanos, foi a primeira vez que o fato ocorreu na América Latina. No entanto, Kirk e Huish (2018) enfatizam que o valor dessa conquista teve menos a ver com um avanço verdadeiramente revolucionário e mais com o reconhecimento profissional das melhores práticas para a manutenção de um sistema de saúde integral, pois a constituição cubana garante o amplo acesso à cuidados de saúde para toda a população.

A lei de Identidade de Gênero da Argentina e a portaria do Processo Transexualizador do Brasil garantem a gratuidade de serviços relacionados a demandas trans, como acesso a assistência médica, psicológica, assistência social, acompanhamento em procedimentos de modificação corporal (hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos).

Uma das diferenças entre as políticas é que a argentina estabelece a não necessidade de diagnóstico para prosseguir com atendimentos de demandas específicas da saúde trans, o inverso ocorre com o Processo Transexualizador proposto no Brasil, em que os usuários de serviços de saúde passam por um diagnóstico, atualmente baseado no CID 10, para poder prosseguir ou não com os atendimentos, e essa decisão fica sob responsabilidade dos profissionais de saúde, mais precisamente médicos e psicólogos.

Um grande desafio dado pelos autores é a implementação das políticas é a recusa de alguns profissionais argentinos em seguir a lei, e insistir em utilizar diagnóstico para prosseguir com atendimentos. No Brasil o desafio se dá pela escassez de serviços habilitados pelo Processo Transexualizador no Brasil, outra grande dificuldade relatada sobre a política brasileira é a longa fila de espera para acessar procedimentos cirúrgicos e a falta de medicamentos devido à crise financeira de estados (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Foi demonstrado nesse estudo, que até mesmo em artigos que citavam a existência de políticas públicas direcionadas a comunidade trans e serviços públicos gratuitos, foram reportadas barreiras de acesso (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2018), (BRAZ, 2019)^b, (ROCON *et al*, 2016), (SOCIAS *et al*, 2014), (SOUSA; IRIART, 2018).

Percebe-se também através dos resultados a insatisfação das pessoas trans com serviços os oferecidos e negatividade ao relatar crenças e contextos afetivos com os sistemas de saúde (ver Quadro 6).

Foi evidenciado nesse estudo a utilização da internet, redes políticas, colegas e amigos da comunidade trans como principais fontes de informação sobre cuidados de saúde, enquanto nenhum dos estudos relatou a utilização de profissionais de saúde para tal finalidade (ver Quadro 4). Essa evidência tem provável correlação com os relatos de desinformação de profissionais de saúde e patologização das identidades trans, visto que muitos reportam a discriminação e desinformação como barreiras de acesso.

As discussões sobre medicalização de identidades trans demonstraram um paradoxo entre os argumentos. Autores como Cosme e colaboradores/as (2017) citam que a visão biomédica proposta pela medicina utiliza como padrão o corpo cis-heteronormativo impõe “correções” para ao que foge dessa regra, o que considera como patologia. Segundo esse princípio, as modificações corporais que ocorrem através de tecnologias farmacológicas (hormônios e outros medicamentos) e procedimentos cirúrgicos são denominadas medicalização das identidades trans. Ainda segundo os autores, quando a medicina alega um tipo de identidade fixa para quem se identifica como trans e a necessidade de certos procedimentos para cada categoria de identidade de gênero trans, estabelecida com base no imaginário do é ser homem/mulher de acordo com estereótipos, ela apaga qualquer modelo de expressão de gênero que transcenda o binarismo e padrões hetero-cis-normativos. Para

Dellacasa (2018) a medicalização, composta por tratamentos e intervenções corporais, justificada por profissionais de saúde como “medicamente necessária” utiliza como base a falta de adaptação, a falta de interação social, o sofrimento e a discriminação de pessoas trans. A partir do processo moderno de medicalização, a sexualidade e identidade de gênero foram colocadas como questões médicas, e para profissionais que ignoram formas de cuidados da saúde que fogem da presença da doença, tornaram-se assim aptas a serem patologizadas. A autora cita que o uso da vitimização, da judicialização e da medicalização para obter avanço de direitos sexuais e melhorar a posição de grupos minoritários, utilizou como base a redução de demandas coletivas de direitos a ordens reparatórias individuais, em vez de considerar pessoas trans como sujeitos de direitos plenos e legítimos.

No estudo realizado por Pinto e colaboradores/as (2017) a maioria dos profissionais que atenderam as mulheres transexuais participantes do estudo tinham visão patologizadora, sendo que elas relatam terem vivenciado dominação médica e reclamam não ter espaço para participar de decisões a respeito do tratamento, além disso, ela que não entendem a transexualidade como patologia, se submetem ao diagnóstico dos profissionais para poder ter acesso ao processo transexualizador. Assim, a medicalização acaba sendo um dispositivo de rede social, que determina o padrão correto e o que deve ser ou não aceito socialmente, ao mesmo tempo que se é utilizado como amenizador de “problemas”, com finalidade “corretiva” sob domínio da biomedicina.

Monteiro e Brigeiro (2019) referem que a medicalização das experiências de transição de gênero na sociedade brasileira tem sido vistas como uma avanço para a população trans/travesti, porém quando as políticas estão sendo colocadas em prática, alguns limites e tensões nascem desse processo, que ora obriga pessoas a se enquadrarem em normas propostas em protocolos, ora excluem quem não se enquadra nos mesmos.

No entanto, para Neer (2018) o fato da transexualidade ter se tornado uma categoria médica e identitária associada a medicalização, entendida como diversos processos de modificação corporal, é um resultado avanço do conhecimento endócrino e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas.

Apesar das controvérsias, é importante frisar que a patologização vinculada a autoridade médica e a medicalização das identidades trans contribuem para que o acesso de pessoas trans a serviços de saúde sejam reduzidos, gerando assim a marginalização dessa comunidade em relação á cuidados de saúde, um dos vários âmbitos que tal processo ocorre na sociedade.

6 CONCLUSÃO

Nota-se que são de extrema importância os avanços de políticas públicas em prol da inclusão, despatologização e garantia acesso que tem ocorrido como reflexo das lutas do movimento LGBTI na América Latina. No entanto, grande parte dessas medidas têm se dado através de argumentos utilizados por profissionais como a vulnerabilidade social de pessoas trans e ideia de incongruência de corpo/gênero, que transmite a noção de que existe uma congruência, essa sendo o padrão e considerado saudável, permitindo assim a patologização e medicalização de corpos trans.

Identifica-se um limite tênue entre o acesso a direitos e a medicalização, pois os meios para obter o primeiro acabam por dar espaço ao segundo, que tem demonstrado gerar problemas dentro da óptica da saúde como a exclusão de pessoas que desejam acessar serviços e não se encaixam em um modelo de “transexual verdadeiro”, autoridade médica e menor autonomia de usuários de saúde (PINTO *et al*, 2017).

O acesso de pessoas trans a serviços de saúde na América Latina, tanto para demandas gerais quanto específicas, se dá com dificuldades causadas por barreiras financeiras, discriminatórias, violência em ambientes de saúde, entrada negada, falta de conhecimento dos profissionais entre outras, gerando experiências negativas sobre o sistema de saúde e podendo fazer com que o usuário deixe de procurar os serviços quando necessário.

A visão patologizadora dos profissionais, falta de conhecimento e necessidade de diagnóstico também foram referidas como importantes impedimentos para pessoas trans acessarem serviços de saúde. Para contornar tal situação, é necessário que os assuntos relativos à saúde LGBTI sejam contemplados durante as formações de profissionais de saúde, para refletir futuramente e gerar maior acesso, além da regulamentação de mais políticas públicas com finalidade de promover acesso e despatologização, com foco na implementação de políticas novas e já existentes.

Não foram reportados artigos que relacionem acesso à saúde a pessoas trans com assistência farmacêutica e/ou profissionais farmacêuticos na América Latina, apesar da dispensação do acesso a medicamentos ter sido citado.

Revela-se a necessidade de desenvolver mais estudos nesse campo, a fim de identificar se os farmacêuticos da América Latina estão devidamente capacitados para atender demandas de pessoas trans e conseguindo participar da linha de cuidado desses usuários, também é essencial elucidar como a academia latino-americana está enxergando e preparando profissionais farmacêuticos para cuidarem de saúde da população trans, visto que a mesma não publica estudos sobre o assunto.

Foram identificados e incluídos nesta revisão estudos de somente 5 países da América Latina (Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala e México), sendo que a região abrange 20 países, isso é um fator limitador da pesquisa, pois não se pode ter garantia de que os resultados evidenciados nos estudos sejam reproduzidos por toda a extensão latino-americana, sem ter informações de toda ela.

Por fim, identifica-se a necessidade de realizar mais estudos sobre o tema, principalmente em países latino americanos que não publicam sobre esse assunto, para que a abrangência da pesquisa seja mais completa.

REFERÊNCIAS

ALIANÇA NACIONAL LGBTI. Disponível em: <http://aliancalgbti.org.br/>. Acesso em: 16/10/2019.

AMARAL, Daniela Murta. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil.** 2011. 107 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.** 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ANTRA - A Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Mapa dos assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017.** 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BOYCE, S., Barrington, C., BOLANOS, H., Arandi, C. G., & PAZ-BAILEY, G. (2012). 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**, 14(3), 313–327. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.639393>. Acesso em: 10 de set. de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde (2009). **Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 18/05/2019

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.296

BRASIL. Ministério da Saúde (2013). **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, p. 1-19b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Portal do Ministério da Saúde.** Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/41380-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>> Acesso em: 27/02/2019

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

BRAZ, Camilo (2019)^b. “Acá yo soy un pibe normal” - Narrativas sobre la espera y el acceso a derechos entre varones trans en Argentina. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 31, p. 119-138 Apr. 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872019000100119&lng=en&nrm=iso)

64872019000100119&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de nov. de 2019.

BRAZ, Camilo. (2019)^a. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, 35(4), e00110518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110518>

Acesso em 15 de nov. de 2019.

CAVALCANTI, Marcia Roberta. Uma análise dos atendimentos às demandas do processo transexualizador no Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco. **Revista InSURgência**, Brasília, v.3, n.1, 2017. Acesso em 09/06/2019. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2. 6. Organização Mundial da Saúde.

COLEMAN, E. *et al.* **Normas de atenção à saúde para pessoas trans e com variabilidade de gênero**. WPATH- Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero., 7^a versão. 2012.

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.

COSME, J. A. G., Ramírez, P. A. H., & Muñoz, O. A. O. (2017). Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México. **Salud Colectiva**, 13(4), 633–646. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1363>.

Acesso em: 15 nov. de 2019

COSTA, A. B., da ROSA FILHO, H. T., Pase, P. F., FONTANARI, A. M. V., CATELAN, R. F., MUELLER, A., KOLLER, S. H. (2018). Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. **Journal of Immigrant and Minority Health**, 20(1), 115–123. Disponível em:

<https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>. Acesso em 15 nov. 2019.

DELLACASA, M. A. (2018). transformación corporal para personas trans en el actual escenario argentino. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280409, 201828(4), 1–20.

DOMÍNGUEZ, C. M., Ramírez, S. V., & Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. **MedUNAB**, 20(3), 296–309. Disponível em: <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>. Acesso em: 15 nov. de 2019.

FARJI NEER, A. (2015). Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida

(Argentina, 2011-2013). **Salud Colectiva**, 11(3), 351–365. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2015.721>. Acesso em: 15 nov. de 2019.

GOODMAN, Leo A. Snowball Sampling. **The Annals of Mathematical Statistics**, Vol. 32, No. 1 (Mar 1961), pp. 148-170.

KATTARI, Shanna K. *et al.* Policing Gender Through Housing and Employment Discrimination: Comparison of Discrimination Experiences of Transgender and Cisgender LGBTQ Individuals. **Journal of The Society For Social Work And Research**, Chicago, v. 7, n. 32334-2315/2016/0703-0001, p.1-21, 11 ago. 2016.

KIRK, E. J., & Huish, R. (2018). Transsexuals' right to health? A cuban case study. Health and Human Rights, **Health and human rights**. 20(2), 215–222.

KULKAMP, Alessandra. **Barreiras de acesso ao serviço de saúde por pessoas trans no município de Florianópolis (SC)**, Florianópolis, Brasil. 2016

KULKAMP, Alessandra. **Subsídios para a Promoção do Acesso à Hormonioterapia no Município de Florianópolis/SC: Um Enfoque Para Homens Trans**. Florianópolis, Brasil 2019

LEVAC, Danielle & COLQUHOUN, Heather & O'BRIEN, Kelly. (2010). Scoping Studies: Advancing the Methodology. **Implementation science**: IS. 5. 69. 10.1186/1748-5908-5-69.

LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, [s.l.] Ontario, Canadá, v. 5, n. 1, p.5-69, 20 set. 2010. Springer Nature Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.

Ministério da Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - **Relatório nº 69 Incorporação de novos procedimentos relativos ao processo transexualizador no âmbito do SUS**. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/ProcessoTransexualizador-FINAL.pdf> >. Acesso em 12 de mar. 2019.

MONTEIRO, S., & BRIGEIRO, M. (2019). Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cadernos de Saude Publica*, 35(4), e00111318. Disponíveis em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Narrativas sobre la espera y el acceso. 119–138.^b

- NEER, A. F. (2018). Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 28(3), 1–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280318>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.
- NEWSOME, C., COLIP, L., SHARON, N., & CONKLIN, J. (2017). Incorporating a pharmacist into an interprofessional team providing transgender care under a medical home model. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 74(3), 135–139. Disponível em: <https://doi.org/10.2146/ajhp160322>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.
- OAB NACIONAL. OAB realiza em Santa Catarina 9º Congresso Nacional de Direito LGBTI Disponível em: <https://www.oab.org.br/noticia/57598/oab-realiza-em-santa-catarina-9-congresso-nacional-de-direito-lgbti>. Acesso em: 16/10/2019.
- Organização Mundial da Saúde. **CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 11a rev. 2018
- PEREIRA, Cleyton Feitosa *et al.* **Relatório Final – 3ª Conferência Nacional De Políticas Públicas De Direitos Humanos De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais**. Brasília, 2016.
- PEREIRA, Rodrigo Faria; ZUCCO, Luciana Patricia. **Produção de conhecimento na estruturação do Processo Transexualizador em hospitais públicos**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Florianópolis, v. 16, n. 1, p.1-18, 2018.
- PINTO, J. J., da Silva Santos, R., da Costa Vargens, O. M., & Marques de Araújo, L. (2017). A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social. **Revista Enfermagem UERJ**, 25, 1–6. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.29009>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.
- POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, maio 2017. Acesso em: 12 abril 2019
- PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gays, lésbicas, bissexuais e transexuais**. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/41380-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>. Acesso em 14 abril 2019
- RITTERBUSCH, A. E., Correa Salazar, C., & Correa, A. (2018). Stigma-related access barriers and violence against trans women in the Colombian healthcare system. **Global Public Health**, 13(12), 1831–1845. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1455887>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.
- ROCON, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(8), 2517–2525. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>. Acesso em 09 de set. de 2019.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 2016, v. 21, n. 8 8. Acesso em 12 abril 2019.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 22, n. 64, p.43-53, 7 dez. 2017. **FapUNIFESP (SciELO)**. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0712>>. Acesso em: 25/05/2019.

RODRIGUEZ, Ana Maria Mújica. **Experiências de Atenção à Saúde e Percepções das Pessoas Transgênero, Transexuais e Travestis Sobre os Serviços Públicos de Saúde em Florianópolis/sc**, 2013-2014. Florianópolis, SC 2014

ROSA DF, CARVALHO MVF, PEREIRA NR, ROCHA NT, NEVES VR, ROSA AS. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(Suppl 1):299-306. Acesso em 09 de jun. de 2019

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(3):260–8.

SANTOS, A. B. dos, SHIMIZU, H. E. e Merchan-Hamann, E. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 2014, v. 19, n. 11 Acesso em 12 abril 2019.

SERANO, J. **Outspoken: A Decade of Transgender Activism and Trans Feminism**. 1ª edição, 2016.

Socias, M. E., Marshall, B. D. L., Aristegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. **International Journal for Equity in Health**, 13(1), 81. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.

SOUSA, D., & Iriart, J. (2018). ["Living with dignity": health needs and demands of trans men in Salvador, Bahia State, Brazil]. **Cadernos de saude publica**, 34(10), e00036318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036318>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.

TGEU – Transgender Europe. **Trans murder monitoring 2015**. Disponível em:<https://tgeu.org/tmm-idahot-update-2015/> Acesso em: 23 de fev. de /2019

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004;20(Sup 2):S190-S8.

Vergueiro, V. (2015). Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 244. Dissertação de mestrado do Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em **Cultura e Sociedade**. Universidade Federal da Bahia.

WINTER, Sam *et al.* Transgender people: health at the margins of society. **The Lancet**, [s.l.], v. 388, n. 10042, p.390-400, jul. 2016. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00683-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00683-8). Acesso em: 10 de mar. de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexual health, human rights and the law**. Genebra; 2015. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf;jsessionid=BB50CEE04624D1ABA0275B2DDCDE0117?sequence=1 . Acesso em 10 março 2019

WYLIE, Kevan *et al.* Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. **The Lancet**, [s.l.], v. 388, n. 10042, p.401-411, jul. 2016. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6) . Acesso em: 12 de jan. de 2019