

**Direito à saúde de pessoas trans e travestis: uma analogia das políticas públicas do
Brasil e Argentina**

**Right to health of people trans and transvestites: an analogy of the public policies in
Brazil and Argentina**

**Derecho a la salud de las personas trans y travestis: una analogía de las políticas
públicas del Brasil y Argentina**

Recebido: 21/08/2020 | Revisado: 21/08/2020 | Aceito: 29/08/2020 | Publicado: 31/08/2020

Elvis Gomes Marques Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2681-6094>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: elvisfilho@uespi.br

Luciano Silva Figueirêdo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6564-2720>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: lucfigueireddo@uol.com.br

Jeisy dos Santos Holanda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1802-517>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: holandajeisy@gmail.com

José Geovânio Buenos Aires Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5700-1712>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: geovaniofecr@gmail.com

Virna Rodrigues Leal Moura

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9137-6681>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: vrodriques63@gmail.com

Evandro Alberto de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5477-8091>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: evandroalberto@yahoo.com.br

Janaina Alvarenga Aragão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-2718>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: jaa73@yahoo.com.br

Patricia Maria Santos Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4606-7246>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: patricia.batista2003@gmail.com

Veronica Lourdes Lima Batista Maia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8439-4099>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: veronicabmaia@gmail.com

Ingrid Medeiros Lustosa Diniz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9216-4867>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: ingridmedeiros@pcs.uespi.br

Hilziane Layza de Brito Pereira Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7362-7857>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: hilzianelayza@pcs.uespi.b

Resumo

Com o presente artigo objetivou-se comparar as políticas públicas de saúde direcionadas à população de transexuais e travestis, no Brasil e na Argentina, no atendimento pelos sistemas públicos de saúde, sob enfoque do princípio da dignidade humana. A metodologia aplicada é fundamentada em uma postura construcionista com suporte epistemológico da teoria das arenas sociais através do conceito de redes sociais, a partir das teorizações desenvolvidas por Norman Daniels, John Rawls e Judith Butler. Os resultados mostram o Brasil como um país produtor de um discurso normatizante acerca das pessoas trans, e tem o movimento social LGBTQI+ como principal aliado na influência de elaboração de novas políticas públicas. A Argentina, por sua vez, possibilita a pluralização das identidades trans e permite uma maior autonomia do sujeito.

Palavras-chave: Direito à saúde; Transexuais; Travestis; Brasil; Argentina.

Abstract

This article aimed to compare public health policies directed at the population of transsexuals and transvestites, in Brazil and Argentina, in the care provided by public health systems, focusing on the principle of human dignity. The applied methodology is based on a constructionist stance with epistemological support from the theory of social arenas through the concept of social networks, based on the theories developed by Norman Daniels, John Rawls and Judith Butler. The results show Brazil as a country that produces a normative discourse about trans people, and has the LGBTQI+ social movement as its main ally in influencing the development of new public policies. Argentina, in turn, enables the pluralization of trans identities and allows for greater subject autonomy.

Keywords: Law right to health; Transsexuals; Transvestites; Brazil; Argentina.

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo comparar las políticas de salud pública dirigidas a la población de transexuales y travestis, en Brasil y Argentina, en la atención prestada por los sistemas de salud pública, centrándose en el principio de la dignidad humana. La metodología aplicada se basa en una postura construccionista con apoyo epistemológico desde la teoría de las arenas sociales a través del concepto de redes sociales, basado en las teorías desarrolladas por Norman Daniels, John Rawls y Judith Butler. Los resultados muestran a Brasil como un país que produce un discurso normativo sobre las personas trans, y tiene al movimiento social LGBTQI+ como su principal aliado para influir en el desarrollo de nuevas políticas públicas. Argentina, a su vez, permite la pluralización de identidades trans y permite una mayor autonomía del sujeto.

Palabras clave: Derecho a la salud; Transexuales; Travestis; Brasil; Argentina

*Por trás desse cabelo azul
Há um menino azul
Uma mulher azul
Como os azuis da aurora
Das noites azuis e casas azuis
Há um mar verdeazulcristalino*

*Indecifrável
Um amontoado de azuis*

*Há um corpo azul, como roupas e sapatos e bonecas azuis
Há um menino amarelo-azul, por trás desse cabelo azul
Há mais azul do que a própria existência do azul*

*Que mais há de mestiço e belo
Por traz desse cabelo, olhos,
nariz, boca e corpo azul?
(Kika Sena).*

1. Introdução

Conforme Butler (1993), gênero não é uma construção social imposta, e sim um efeito performático que possibilita a constituição e o reconhecimento de uma trajetória sexuada, a qual adquire uma estabilidade em função da repetição e da reiteração de normas.

De acordo com Lionço (2009), transexualidade e travestilidade representam incoerências entre sexo e gênero. Ambos estão fundados numa matriz binária heterossexual que se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade. Ler a sexualidade pela lente do gênero, supor o masculino e feminino como expressões de complementaridade do sexo, ou que as transformações corporais realizadas pelas pessoas transexuais e travestis são os ajustes necessários para se tornarem heterossexuais, é considerar o binário como modelo único para expressar as construções das identidades de gênero.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos permite o empoderamento do movimento social das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT), que passam a se organizar para denunciar a sua exclusão na garantia de seus direitos. Na maioria das vezes utilizamos o termo LGBT, de modo que, universalmente ou nacionalmente, a sigla LGBT tem sofrido alterações desde o ano de 1980, pois trata-se de uma discussão cidadã, cujo objetivo é excepcionar as desigualdades e alcançar outras identidades (Jesus, 2012; Martins *et al.*, 2019; Martins *et al.*, 2020).

Essa discussão alcança a América Latina, sobretudo os anos 1990, quando ocorreu a universalização da saúde, embora não haja, ainda, nenhum país que tenha conseguido este princípio de forma integral, mesmo estando previsto formalmente em algumas nações a cobertura absoluta. Santos *et al.* (2020) também afirma que mesmo em países, em que o atendimento é garantido à população trans e travesti, em certa medida, existe uma baixa procura em postos públicos de saúde, pois o atendimento médico ainda é insatisfatório.

No Brasil, na Constituição Federal de 1988, pode-se encontrar uma configuração do direito à saúde que o eleva ao patamar de direito fundamental social, devendo ser assegurado a todos, independentemente de contrapartida financeira, por meio de ações e serviços públicos de responsabilidade do Estado. A Lei n.º 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, em seu art. 3.º, parágrafo único, estabelece que também dizem respeito à garantia da saúde aquelas ações que se destinam a assegurar às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Ramos & Netto, 2017).

O Brasil é o único país da América Latina que possui cobertura de saúde universal através do Sistema Único de Saúde (SUS), porém 25% (vinte e cinco por cento) de sua população contrata serviços de planos de saúde particulares, sendo que 75% (setenta e cinco por cento) contam exclusivamente com o SUS. Em contrapartida, na Argentina, a maioria da população acessa os serviços de saúde através das Obras Sociais, instituições financiadas por seguros sociais, seja pela seguridade social ou previdência social (Giovanella *et al.*, 2012).

Daniels (1981) aponta a necessidade de desenvolvimento de uma teoria das necessidades de atenção à saúde, com dois propósitos centrais: o primeiro, de responder por que se entende, ou, pelo menos, por que a maioria das sociedades entende que a atenção à saúde é especial e deve ser tratada diferentemente de outros bens sociais; o segundo, de oferecer uma base para se distinguir a mais e a menos importante entre as múltiplas necessidades de atenção à saúde. O autor ainda assevera que o justo em saúde significaria proteger as oportunidades dos indivíduos, considerando que os recursos públicos seriam finitos, mas as demandas em saúde, não. Essa questão da alocação orçamentária reforçaria a necessidade de que o Estado, por meio da política de saúde, determinasse quais demandas são necessidades legítimas.

Assim, independentemente do tipo de sistema de saúde de determinado país, existiria um fator presente em todos eles, mesmo que de maneira não declarada: o estabelecimento de prioridades em virtude de recursos escassos, estabelecidas de acordo com as oportunidades de gozo de uma vida produtiva pelas pessoas (Costa & Borges, 2010).

Dessa forma, o presente trabalho objetiva analisar o direito à saúde na América Latina, sob enfoque do princípio da dignidade humana, especialmente do Brasil e da Argentina.

Para tanto, este artigo científico estrutura-se em três partes: na primeira, abordará as políticas públicas de saúde direcionadas à população de transexuais e travestis no sistema público de saúde, no Brasil e na Argentina; na segunda, identificará as legislações específicas

que regem o atendimento de transexuais e travestis nas instituições públicas de saúde, no Brasil e na Argentina; e, na terceira, discutirá o atendimento de transexuais e travestis na condição de usuários dos sistemas públicos de saúde, de acordo com a dignidade humana, no Brasil e na Argentina.

2. Metodologia

Com relação aos aspectos metodológicos, o presente artigo se ampara no método dedutivo e apresenta uma abordagem quantiquantitativa, visto que “[...] não há ciência sem a utilização de métodos científicos” (Pereira *et al.*, 2018, p. 25). Outrossim, foram analisados estudos acerca dos dilemas enfrentados pela população de transexuais e travestis no atendimento pelos sistemas públicos de saúde, no Brasil e na Argentina, dos últimos treze anos, empregando, para tanto, o método comparativo com o objetivo de identificar e demonstrar as convergências e divergências que permeiam estes sistemas (Gil, 2008).

O extenso lapso temporal das obras analisadas se deu em virtude da escassez de trabalhos desenvolvidos em torno da temática, fruto de um processo de invisibilidade e silenciamento que durante muito tempo se postou sobre a pauta do reconhecimento e promoção de direitos de pessoas travestis e transexuais (Caravaca-Morera & Padilha, 2018).

Trata-se de pesquisa bibliográfica e documental com abordagem da metodologia de investigação quantiquantitativa, com suporte em revisão de literatura e análise descritiva dos fenômenos pesquisados. Outrossim, a abordagem bibliográfica e documental para estudo teórico sobre o tema foi feita de forma crítica ou reflexiva, embasada em artigos científicos de periódicos especializados e livros sobre direito à saúde, políticas públicas, Sistema Único de Saúde e transgeneridades.

Em consonância com os objetivos apresentados, a pesquisa bibliográfica foi realizada com elaboração de mapa de autores e de revisão de literatura, com a finalidade de analisar as políticas públicas de saúde de travestis e transexuais.

Esta pesquisa bibliográfica apoiou-se nas teses e dissertações de instituições de ensino e pesquisa que compõem a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); no acervo de artigos científicos do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e em outras fontes pesquisadas no Google Acadêmico, através da inserção das palavras-chave nos mecanismos de busca das fontes supracitadas.

Por fim, a pesquisa documental tratou de uma análise crítica das legislações específicas que regem o acesso da pessoa transexual ou travesti ao sistema público de saúde, com vistas a ter o acesso integral às políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde.

3. Políticas Públicas de Saúde e Transgeneridades

John Rawls (1971) parte da concepção de que a distribuição de recursos deve ocorrer em duas etapas. Na primeira, a preocupação seria com a distribuição igual de direitos e deveres básicos. Na segunda, a partir do princípio da diferença, seriam compensadas as desigualdades injustas, particularmente aquelas que atingissem os mais desfavorecidos, garantindo-se a todos iguais oportunidades.

Na teoria desenvolvida por Rawls, sua preocupação se fundou na distribuição dos bens primários sociais essenciais, considerados por ele como sendo: a liberdade, a oportunidade, a renda, a riqueza e as bases do autorrespeito. A saúde foi concebida por ele como um bem primário natural, que seria distribuído a contento em uma sociedade em que as bases da justiça estivessem solidamente estabelecidas. Por isso, saúde, para Rawls, seria consequência de uma sociedade justa, razão pela qual alega que a discussão sobre os seus efeitos distributivos seria irrelevante.

A partir da teoria da justiça como equidade de Rawls & Norman Daniels (2008) se ampliou a visão sobre saúde, e relacionando-a ao princípio da oportunidade, desenvolveu uma teoria na qual destacou a importância moral da saúde, em virtude de seu impacto nas oportunidades de vida das pessoas. Nessa linha de raciocínio, apresenta uma reflexão específica acerca do que seja justiça em saúde e busca responder a questões relacionadas ao *status* da saúde, à possibilidade de se admitirem injustiças em saúde e às formas de se distribuírem recursos em saúde de forma justa.

Na América Latina, os sistemas de saúde têm em sua base histórica a doença como uma categoria política central, pois todos foram construídos a partir de um modelo biomédico voltado para o controle das doenças. O conceito atual de saúde passa pela concepção de sua determinação social, o que norteia os Sistemas de Saúde a terem uma atuação mais abrangente e menos focada nas curas das doenças.

Sistemas de saúde são estruturas orgânicas tanto públicas quanto privadas que surgiram devido a um crescimento da participação dos Estados no controle de mecanismos que afetam a saúde da população (Lobato & Giovanella, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Comissão sobre Determinante da Saúde, define equidade em saúde como a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente.

A partir disso, é possível compreender que as não equidades de saúde estão intimamente ligadas à exclusão social. No paradigma associado ao pensamento liberal, pode-se entender exclusão social ligada às questões de discriminação. No pensamento social-democrata a associação está na concentração de poucos grupos em espaço de poder, sendo dever do Estado evitá-la (Silva & Barbosa, 2005).

Orientação sexual e performances de gênero eram considerados fenômenos semelhantes nas principais correntes científicas da metade do século atual (Drescher, 2010). Em 1965, o diagnóstico travestismo aparece pela primeira vez no manual diagnóstico CID-8, inserido na categoria desvios sexuais. Em 1968, a Associação Norte-Americana de Psiquiatria, seguindo as mesmas tendências daquele tempo, publica a segunda edição do seu manual (DSM-II) também listando desvios sexuais, dentre eles o travestismo (Drescher & Cohen-Kettenis, 2012).

Em 1975, a CID-9 inseriu a transexualidade na categoria dos desvios sexuais. Em 1990, a CID-10 redefiniu-o como transtorno de identidade de gênero (Cown, Harrison & Burns, 2012). Essa mudança foi o resultado de muitos estudos que compreendiam a transexualidade como uma condição da ordem da identificação de gênero e não relacionados à orientação sexual ou parafilias. Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria publicou o DSM-III, descrevendo e classificando a transexualidade na categoria dos transtornos psicosssexuais (Airès, 1985; Martins *et al.*, 2019; Zucker & Spitzer, 2005).

Nos anos 1990, inicia-se um movimento que afirma que variações de gênero são variantes da normalidade, e que busca a revisão dos critérios diagnósticos, focando predominantemente no estigma associado às variações de gênero e às disparidades de saúde decorrentes delas (Bockting, 2009). Reflexos desses movimentos estão na publicação do DSM-5 que classifica a transexualidade como disforia de gênero e inclui as identidades de gênero alternativas, além dos estereótipos binários. Adicionalmente, a CID-11 remove a transexualidade da lista de doenças mentais, diagnosticando-a como incongruência acentuada e persistente entre o sexo vivenciado de um indivíduo e o sexo designado.

A revisão da décima edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) recontextualizam as novas diretrizes diagnósticas

para uma nova compreensão de que as expressões de gênero não binárias são variações da normalidade e não um transtorno mental como até então eram considerado pelos manuais anteriores (Soll, 2016).

As normas estabelecidas pelos Estados, para efetivação de uma política pública ou para elaboração de protocolos clínicos de atendimento a pessoas trans, são normatizantes e reguladoras, efeito de uma tecnologia de poder centrada na vida. No acesso a saúde, as pessoas trans demandam tecnologias de transformações corporais reguladas pelo Estado que acaba por exercer um tecnobiopoder, de acordo com Preciado (2018).

Embora seja possível fazer o uso instrumental do diagnóstico de transexuais e travestis, Butler (2006, p. 124) aponta que,

mesmo quando o diagnóstico é tratado como um instrumento ou um veículo para atingir o objetivo final da transição, o diagnóstico ainda pode: a) inculcar um sentimento de perturbação mental naqueles a quem é imposto; b) fortalecer a conceituação da transexualidade como patologia; c) ser usado como argumento por aqueles que estão em institutos bem financiados e cuja finalidade é manter a transexualidade dentro da esfera da patologia mental.

De acordo com Butler (2006), os processos de constituição dos sujeitos são atos performativos, e, portanto, repetições nunca idênticas às normas. Ter ciência de que o discurso hegemônico acerca do sujeito está fortemente vinculado às estruturas jurídicas, e questionar a autonomia do sujeito frente a elas é importante para produzir algum nível de agência do sujeito.

A autora assinala, ainda, que é impossível fugir da produção de exclusões e representações falidas, porém é possível ressignificar identidades e aumentar as possibilidades do que significa ser uma pessoa trans. A partir disso, entende-se que quanto mais normatizante e identitários são os discursos jurídicos existentes, menos será possível pensar em alguma agência do sujeito frente a seu corpo.

Com o advento da Constituição Federal brasileira de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS), passou-se a contar com um sistema de saúde público, universal, com foco prioritário nas atividades de caráter preventivo, financiado por meio de recursos provenientes do orçamento da seguridade social dos entes da Federação e de outras fontes, democrático, graças à participação ativa da comunidade nas decisões, e guiado pelos princípios da descentralização e da regionalização (Ramos & Netto, 2017).

O Brasil prevê, na Constituição Federal de 1988, a saúde como direito de cidadania garantido pelo Estado. O Sistema Único de Saúde é criado como garantia do direito à saúde,

sendo ele um serviço nacional de saúde de acesso universal prestado diretamente pelo Estado ou através de contratação de instituições privadas. O Ministério da Saúde é o órgão competente para deliberar as questões de saúde da população em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde que, por sua vez, deliberam com as Secretarias Municipais de Saúde as ações de saúde (Giovanella *et al.*, 2012).

As autarquias federais são instituições, que no Brasil contribuem para a regulamentação da prestação de serviços de saúde. O Conselho Federal de Medicina (CFM) é um órgão que regulamenta o exercício profissional de todos os médicos do país. Ele se manifesta em relação as políticas públicas adotadas e as limitações e contribuições da classe médica perante elas. A formulação de políticas de saúde para a população é prevista pelo Ministério da Saúde de ser realizada com a participação social, através das Conferências e Conselhos de Saúde.

No Brasil, o Conselho Nacional de Combate a Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNC/D/LGBT) lançou o programa governamental Brasil sem Homofobia, com vistas ao combate da violência e da discriminação contra LGBT (Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e de promoção da cidadania transexual.

O Brasil sem Homofobia, elaborado a partir das contribuições de lideranças do movimento LGBT, representou uma conquista da sociedade brasileira decorrente de mais de duas décadas de mobilização social, apresentando propostas de ações nos setores Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Segurança Pública, sendo coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos.

Este programa governamental se estrutura em torno do eixo da violência, enfatizando o combate à discriminação e à homofobia como estratégias fundamentais para a promoção da cidadania, permanecendo a necessidade de implementação de políticas de saúde.

Diversos atores sociais contribuíram para a promoção do debate público sobre o tema, dando visibilidade à vulnerabilidade da população trans no país. Dentre elas, destaca-se a contribuição dos coordenadores dos programas assistenciais no processo de visibilidade da vulnerabilidade da população trans, através da construção de um espaço de atenção aos/às transexuais, mesmo com a resistência institucional. O preconceito, a transfobia e a discriminação incutidos em algumas práticas de saúde, como também as dificuldades de compreensão da importância do princípio constitucional da equidade, são os principais vetores do despreparo dos profissionais de saúde do SUS.

Além disso, foi de fundamental importância a ação do Ministério Público Federal para a inclusão da cirurgia de redesignação sexual na tabela de procedimentos do SUS em 2001. A instituição do Comitê Técnico Saúde da População LGBT pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) n.º 2.227, em 14 de outubro 2004; a criação do Coletivo Nacional de Transexuais em 2005; as reuniões e seminários realizados no MS sobre o processo transexualizador no SUS; e as contribuições de pesquisadores acadêmicos permitiram o estabelecimento de pactuações sobre propostas de saúde integral.

Todas essas iniciativas culminaram na publicação da Portaria n.º 1.707/2008 do MS, referida acima, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o Processo Transexualizador, através da constituição de serviços de referência que estejam habilitados a prestar atenção integral e humanizada a transexuais.

Por outro lado, o direito à saúde configura na Constituição Argentina através do artigo 75 em que a submete à Declaração dos Direitos Universais de Direitos Humanos. O *Ministerio de Salud de la Nación* (MSAL) é o órgão competente à toda questão de saúde da população e formulação de políticas e estratégias de promoção e desenvolvimento para prevenir e corrigir efeitos adversos do ambiente da saúde humana (Argentina, 1994, 2006).

Porém, a Argentina é uma república federativa agrupada em 24 jurisdições (23 províncias e uma cidade autônoma, Buenos Aires), que possuem total autonomia na formulação de políticas públicas de saúde. Dessa forma, o sistema de saúde argentino é caracterizado pela sua descentralização, sendo administrado por Ministérios de Saúde independentes ligados ao MSAL (Giovanella *et al.*, 2012).

O Decreto n.º 247/1996 instaurou o Programa Médico Obrigatório (PMO), um programa médico assistencial que garante o direito a serviços de saúde mínimos estabelecidos nesse programa. A cobertura dos serviços abrange o sistema público estatal, as Obras Sociais e o sistema privado. O PMO garante, além da cobertura de serviços de saúde, medicamentos e a forma de pagamento é através de prestação direta do serviço ou de reembolso dos serviços previstos em uma tabela fixada (*Ibidem.*, 2012).

Além das políticas públicas de saúde, a Argentina prevê outros direitos sociais às pessoas trans. A resolução n.º 331/13, *Seguro de Capacitacion y Empleo, do Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social*, permite a extensão para pessoas trans do decreto no 336/06 que garante um seguro desemprego por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, além de receberem apoio do Estado para se capacitar e voltar ao mercado de trabalho e apoio na sua reinserção.

Ademais, a Província de Buenos Aires possui constituição própria e prevê, no artigo 24, a inclusão da perspectiva de gênero no âmbito educacional. Somado a isso, há a garantia de cotas laborais para pessoas trans no setor público a partir da Lei n.º 14.783.

4. Legislações Específicas que Regem o Atendimento de Transexual nas Instituições Públicas de Saúde

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução n.º 1.482, de 10 de setembro de 1997, autorizou a realização de cirurgias de redesignação sexual em pacientes transexuais no país, sob justificativa terapêutica. Esta resolução parte do princípio de que paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou autoextermínio.

A supracitada resolução definia que a cirurgia de transgenitalização poderia ser realizada no Brasil em hospitais universitários ou públicos a título experimental, desde que houvesse acompanhamento psiquiátrico por, no mínimo, dois anos.

Esta normativa foi revogada pela Resolução n.º 1.652 do CFM, de 06 de novembro de 2002, que considerou o estágio de tratamento de saúde de trans e o bom resultado estético e funcional das neocolpovulvoplastias e/ou procedimentos complementares. Resolveu-se que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para o feminino poderiam ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa.

Por sua vez, a Resolução n.º 1.955 do CFM, de 12 de agosto de 2010, que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução n.º 1.652/02, estabeleceu que o diagnóstico de transexualidade deve obedecer, no mínimo, aos seguintes critérios: desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; e permanência na incongruência de gênero de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos.

O atendimento dos pacientes para cirurgia de transgenitalização deve ser seguida de avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, e garantida pelo SUS, em conformidade com a vigente Resolução n.º 1.955/10 do CFM.

Dois parâmetros podem ser considerados fundamentais para a análise da normatização do Processo Transexualizador do SUS: (1) o reconhecimento do processo de

construção da norma técnica e (2) a problematização da própria estratégia normativa sobre a sexualidade e as expressões de gênero, a partir da consideração da heteronormatividade e da afirmação da diversidade sexual e de gênero (Lionço, 2009, p. 45).

Segundo Butler (2003), o eixo estruturante de ambos os parâmetros de questionamento é a questão da justiça social e a consideração da violação de Direitos Humanos e sociais em função da sexualidade e das expressões da masculinidade e da feminilidade. Remete-se para o necessário questionamento de valores morais hegemônicos que permeiam a busca pela justiça social de grupos sociais violados em função da diversidade sexual e das performances de gênero. A justiça social na perspectiva da equidade requer paridade participativa no espaço público e igualdade de oportunidades.

A menção à diversidade sexual no contexto da discussão sobre políticas públicas de saúde de transexuais busca enfatizar como o processo de positivação, ao mesmo tempo em que gera parâmetros para a garantia de Direitos Humanos, pode também gerar novas exclusões. O conceito de diversidade sexual apresenta uma função central e estratégica para a proteção dos direitos sociais de pessoas trans que encontram na expressão de gênero fatores de violação de seus direitos, prejudicadas pela heteronormatividade e naturalização do binarismo de gênero.

A justiça social é compreendida na perspectiva da equidade, ou seja, pressupõe que a universalidade dos Direitos Humanos e sociais só pode ser assegurada mediante o reconhecimento e consideração das diferenças entre grupos sociais que se encontram em situação não apenas de distinção, mas também de desigualdade. No Brasil, a Constituição de 1988, expressa o projeto democrático ao afirmar o pluralismo ou diversidade como valor social, bem como, a universalidade dos direitos sociais.

A determinação constitucional do processo saúde-doença e a defesa da saúde são direitos de todos e dever do Estado, em conformidade com o Projeto de Reforma Sanitária. A mobilização em torno desse projeto é uma estratégia para a defesa do SUS com melhores condições de vida e de trabalho, bem como, para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

De acordo com Costa e Lionço (2006), o SUS se estrutura em torno de princípios consonantes aos preceitos de justiça social: afirma a universalidade do acesso aos serviços de saúde, com integralidade na atenção e participação social na formulação e implementação das políticas de saúde. A equidade, apesar de não ser um princípio expresso na Constituição

Federal, é um conceito basilar para a promoção dos princípios da universalidade, integralidade e participação social.

A Carta Constitucional explicita a universalidade dos direitos sociais, sem discriminação de qualquer espécie, apresentando a diversidade como valor social, que não pode se restringir a padrões unívocos, o que denota a própria pluralidade entre os cidadãos e grupos sociais, bem como, a de suas performances de gênero no atendimento pelo SUS.

Bravo, Matos e Araújo (2001) definem que o Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o SUS, e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

Em contrapartida, o governo Temer congelou os recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, propôs os denominados planos de saúde acessíveis, implementou políticas de retrocessos na saúde mental e mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); e, por fim, articulou efetivamente com o setor privado através da Coalizão Saúde, em conformidade com Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018). Por conseguinte, as políticas públicas contrarreformistas do governo presidencial anterior violam, inclusive, os direitos humanos da população transexual no acesso ao SUS, visto que incentivam a privatização da saúde em detrimento da universalidade no atendimento.

Na Argentina, a Lei n.º 26.618/2012 do matrimônio igualitário possibilitou que pessoas do mesmo sexo contraíam, legalmente, matrimônio, possam ter filhos, herdem e se divorciem. Tal norma contribuiu para que fosse aprovada a Lei de Identidade de Gênero do país (Lei n.º 26.743), a qual declara a diversidade sexual e de gênero como direito individual (Silva & Oliveira, 2016).

Somado a isso, a referida lei reconhece a população trans como portadores de direitos de primeira categoria, vez que possibilita a modificação do nome e do gênero nos documentos de identidade e traz a visibilidade para as cirurgias de transgenitalização e demais modificações corporais, sem necessidade de requerimento de laudo médico ou psicológico. Nota-se, portanto, diminuição de burocratização estatal no procedimento.

A Lei de Identidade de Gênero é um marco político na Argentina nas políticas públicas de saúde às pessoas trans, resultado de uma reivindicação do movimento social frente à garantia dos direitos trans. Esta lei assegura que qualquer pessoa possa retificar seu nome de registro e sexo quando estes não coincidirem com a identidade autopercebida. No caso de menores de idade, a retificação pode ser realizada através da expressa autorização dos

pais ou mediante representação jurídica da defensoria pública, nos casos em que os pais não concordarem (Argentina, 2012).

Além da previsão da retificação civil e de gênero nos documentos, a lei de identidade de gênero da Argentina prevê o acesso a procedimentos cirúrgicos e complementares de forma gratuita e, para garanti-los, os inclui no *Programa Médico Obligatorio*. Para a retificação de nome, acesso à cirurgia de redesignação sexual e demais procedimentos clínicos para a transexualização, não se faz necessário apresentar documentos médicos de qualquer natureza nem qualquer autorização judicial ou administrativa (*Ibid.*, 2012).

As implicações políticas da Lei da Identidade de Gênero, entendendo-a não somente como uma garantia da dignidade da pessoa humana de travestis e transexuais, mas também como um dispositivo que transferiu parte dos efeitos essencialistas e confinadores do sistema tradicional de sexo-gênero (em que a genitalidade se constitui como destino do gênero e das relações intergenéricas) para o Estado, dando relevância à autonomia das corporeidades trans em sua relação com as instituições (Litardo, 2013).

Assim, é, ainda, válido ressaltar que hodiernamente permeia o movimento político das pessoas transgêneros justamente a discussão em torno da desgenitalização da transgeneridade, isso porque entendeu-se, principalmente a partir da emersão das não-binariedades, que a relação corpo versus gênero dizem muito mais respeito à performance deste do que a constituição daquele. Dessa forma, a pseudo-obrigatoriedade da conformação corpo-gênero, nos moldes que se postam majoritariamente, seguem uma perspectiva de cisgeneridade que, nem de longe, contempla a pluralidade de corpos trans que resistem na sociedade, de sorte que as performances, ou ausência delas, do masculino e feminino, assim como os corpos trans, transcenderam às expectativas de gênero hétero-cis-normativas em todos os aspectos, de modo que se torna mais importante a ruptura com os ideais de corpos cis, em detrimento da conformação dos corpos trans a esse padrão, o que deve ser observado quando da edição e implementação de políticas públicas direcionadas a este público.

5. Atendimento de Transgêneros nos Sistemas de Saúde e a Dignidade Humana

Na obra *Ética y Derechos Humanos*, Santiago Nino (2007) apresenta os princípios morais que fundamentam os direitos: princípio da autonomia, princípio da inviolabilidade e princípio da dignidade humana (Honório, 2009).

Do princípio da autonomia decorrem direitos que protegem as condições necessárias para a realização dos ideais e planos de vida baseados na liberdade. Afinal, se alguém não tem os meios para satisfazer o plano de vida escolhido, não se pode dizer que tenha real capacidade de escolhê-lo (Ramos & Ramos, 2016).

Os bens que são indispensáveis para a eleição e materialização dos planos de vida são principalmente os seguintes: vida consciente, integridade (saúde) corporal e psicológica, liberdade frente a possíveis obstáculos ao bom funcionamento do corpo e da psique, liberdade de expressão de ideias e atitudes religiosas, científicas, artísticas e políticas, liberdade em relação à vida privada, liberdade de associação, acesso a recursos materiais, liberdade de trabalho, disponibilidade de tempo livre e seguridade social em caso de privação dos bens citados (*Ibidem.*, 2016, p. 281).

Os indivíduos são dotados de autonomia para gerir sua vida, sendo vedada a imposição de ideais de excelência pessoal. Entretanto, essa autonomia não pode ser exercida para diminuir a autonomia de outras pessoas – o que configura uma limitação à autonomia. Para resolver essa situação, é formulado o princípio da dignidade humana. Pelo princípio da dignidade da pessoa, os homens devem ser tratados segundo suas decisões, intenções ou manifestações de consentimento (Honório, 2009), do que decorre a ilegitimidade de medidas que discrimine com base em fatores alheios à vontade individual, como identidade de gênero ou orientação sexual, por exemplo.

Em contrapartida, a consulta de transexuais no SUS é orientada pela psiquiatrização da identidade de gênero. A institucionalização da prática assistencial dirigida às pessoas trans no Brasil está condicionada a um diagnóstico psiquiátrico, o que permite o acesso ao tratamento e o exercício do direito constitucional de acesso à saúde pública. No entanto, essa mesma diagnose pode ser considerada um vetor de estigmatização, pois atribui uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas dessa psiquiatrização.

Deve-se considerar a transexualidade para além da questão operatória, que patologiza e estigmatiza este segmento populacional. A cirurgia de transgenitalização, comumente definida como demanda primordial de transexuais, é solução não-consensual entre as diferentes pessoas trans. Existindo individualidades distintas, há também diferentes necessidades quanto às intervenções de saúde que seriam satisfatórias para cada indivíduo.

O combate à discriminação, fator determinante da condição de sofrimento de transexuais, é política pública de saúde, visto que a consulta de transexuais não é exclusivamente médico-cirúrgica. Nesse contexto, o uso do nome social no SUS é uma

estratégia de promoção de acesso aos serviços de saúde pública, beneficiando diretamente transexuais e travestis, já que um dos principais fatores da exclusão do sistema é a própria precariedade no acolhimento.

A pessoa transexual maior de 18 anos completos, habilitada à prática de todos os atos da vida civil poderá requerer ao ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN) a alteração e a averbação do prenome e do gênero, a fim de adequá-los à identidade autopercebida, de acordo com o art. 2.º, do Provimento n.º 73, de 28 de junho de 2018, do Conselho Nacional de Justiça.

É facultado à pessoa requerente juntar ao requerimento, para instrução do procedimento de averbação da alteração do prenome e do gênero, o laudo médico e o parecer psicológico que atestem a transexualidade/travestilidade, bem como o laudo médico que ateste a realização de cirurgia de redesignação de sexo, em conformidade com art. 4.º, § 7.º, do Provimento n.º 73/2018, do CNJ.

A regulamentação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transexual no RCPN é fruto da decisão do Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.275, do Distrito Federal.

Todos os ministros do STF reconheceram o direito, e a maioria entendeu que, para a alteração, não é necessária autorização judicial. Votaram nesse sentido os ministros Edson Fachin, Luiz Roberto Barroso, Rosa Weber, Luiz Fux, Celso de Mello e a presidente da Corte, Cármen Lúcia. Ficaram vencidos, nesse ponto, o ministro Marco Aurélio (relator), que considerou necessário procedimento de jurisdição voluntária e, em menor extensão, os ministros Alexandre de Moraes, Ricardo Lewandowski e Gilmar Mendes, que exigiam autorização judicial para a alteração.

A definição do diagnóstico de transexualidade reitera as interpretações normativas sobre o gênero masculino e o feminino de nossa sociedade, medicalizando as condutas desviantes a partir das supostas ‘verdades’ de cada sexo. Além disso, parte-se do pressuposto de que existe uma identidade transexual universal, a qual é revestida de uma série de preconceitos, os quais invariavelmente afetam a vida desses indivíduos e interferem na determinação de si. Assim, mesmo diante da proposta de uma utilização puramente estratégica do diagnóstico, podemos notar que o dilema referente às consequências da definição da transexualidade como uma desordem não se esgota – seja pelos sacrifícios envolvidos em assumir a condição de doente, seja pelo risco de internalização de alguns desses aspectos patológicos (Arán, Murta & Lionço, 2008, p. 1148).

De acordo com Butler (2003), a necessidade da racionalidade médica de diferenciar transexuais de outras performances de gênero, o que produz e influencia o comportamento transexual considerado verdadeiro, demonstra fortemente a transfobia do discurso médico, no qual a transexualidade só pode ser compreendida sob viés heteronormativo, engessando as noções de masculinidade e de feminilidade pelo sistema binário.

A pessoa transexual deve ser autônoma na tomada de decisão sobre as estratégias médico-cirúrgicas necessárias à melhoria da qualidade de vida, para que o SUS não se restrinja a novos mecanismos de poder e controle sobre os corpos e identidades de gênero. Da mesma forma, a ênfase no processo de superação dos processos discriminatórios, sustentado na diretriz da atuação multiprofissional e do cuidado sobre os laços sociais e da inserção social, é essencial para a garantia dos Direitos Humanos da população transexual no atendimento pelas instituições de saúde pública.

A humanização valoriza as dimensões subjetivas e sociais nas políticas públicas da população transexual em atendimento pelo SUS, firmando assim o compromisso com os direitos de todas e todos que utilizam os serviços de saúde pública. Portanto, deve-se manter um campo de reflexão sobre o tema, a fim de promover um deslocamento das políticas públicas de saúde para o acolhimento integral de transexuais, garantindo o pleno exercício de seus Direitos Humanos, sem a exigência institucional de confirmação do diagnóstico médico.

Na Argentina, a hormonização para pessoas trans é autorizada para todas as pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, ou menores com autorização legal, e tem como pré-requisito a assinatura de um consentimento informado. Este pode ser realizado através de um espaço de diálogo como objetivo de conscientizar o solicitante em relação as alterações corporais e possíveis conseqüências decorrentes da hormonização. O processo de consentimento pode ser realizado de maneira conjunta, com profissionais para auxiliar o usuário a refletir sobre seus desejos, expectativas e medos diante da decisão. Todo o processo de hormonização é feito na Atenção Primária à Saúde, de acordo com protocolos clínicos emitidos pelo MSAL.

O *Ministerio de Salud de la Nación* produziu protocolos de atendimento clínico de pessoas trans de forma a contemplar informações detalhadas de como realizar o acolhimento dessas pessoas. Orientações desde a formulação de perguntas à protocolos clínicos para realização de hormonização são elencados nos protocolos clínicos. Recomendações referente a informações legais são dadas aos profissionais de saúde para comunicarem aos usuários.

Em 2009, a *Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual* do MSAL em parceria com órgãos internacionais criou os Consultórios Amigáveis, destinados a melhoria do acesso à saúde de pessoas que fogem do padrão heteronormativo. Eles são compostos por

uma equipe de trabalho mista e inseridos em um hospital público que oferecem atenção clínica, assessoramento diagnóstico para Infecções Sexualmente Transmissíveis, apoio psicossocial e hormonização para pessoas trans.

6. Considerações Finais

A certeza quanto ao pertencimento ao gênero oposto se repete no cotidiano do atendimento a pacientes transexuais. A experiência transexual, neste sentido, comporta várias formas singulares de subjetivação. Deve-se considerar que certos tipos de identidade de gênero parecem ser meras falhas do desenvolvimento, ou impossibilidades lógicas, porque não se conformam às normas da cultura vigente.

Na América Latina, se por um lado a psiquiatrização da transexualidade possibilita o acesso aos sistemas públicos de saúde, especialmente no Brasil e na Argentina, por outro engendra novos sofrimentos por meio do estigma associado ao diagnóstico psiquiátrico, sob a forma de tentativas de suicídio, depressão, transtornos alimentares e angústia das mais diversas formas, como também pelas inúmeras consequências sociais, éticas, jurídicas e culturais intrínsecas a esta condição.

No processo de atendimento de transexuais e travestis, a patologização da transgeneridade obriga esses indivíduos a provarem ser verdadeiros trans, pois devem se aproximar o máximo possível a uma mulher ou a um homem considerados normais, o que corresponde aos estereótipos de gênero vigentes, bem como à heteronormatividade, violando frontalmente a dignidade da pessoa humana no acesso à saúde pública.

O desafio atual que os países da América Latina encontram é de como fazer um uso instrumental do diagnóstico em detrimento de uma patologização.

A Argentina e o Brasil têm nos mostrado, a partir de suas regulamentações jurídicas e de práticas discursivas, que isto é possível. No entanto, a contestação de atores sociais envolvidos e sua representação frente aos órgãos executores nas políticas públicas devem ser contínuas, a fim de evitar os efeitos devastadores de diagnósticos médicos estigmatizantes, bem como, garantir a dignidade da pessoa humana, no acesso à saúde pública especializada.

É importante, portanto, observar outros sistemas de saúde e políticas internacionais sensíveis à causa transgênero, para que, dessa forma, e por meio da comparação e conformação do Direito, possam ser alinhadas políticas públicas e capacitações em saúde que atendam às demandas das pessoas trans, sem pautá-las em estigmas cisnormativos. Nesse diapasão, a realização de estudos norteados pela comparação do Direito e das políticas

públicas se revela como um importante meio de concretização de direitos e respeito à dignidade humana.

Referências

Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2008). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1141-1149.

Argentina (1994). *Argentina's Constitution of 1853, Reinstated In 1983, With Amendments Through 1994*. Austin: Texas. Recuperado em 22 de Maio de 2020, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=117720>

Argentina. Decreto no 828/2006, de 06 de julho de 2006. Modifícase la Ley de Ministerios (texto ordenado por Decreto No 438/92), sus modificatorios y complementarios, con el propósito de ampliar las competencias de la Jefatura de Gabinete de Ministros asignándole las relativas a la implementación de la política ambiental, la preservación y protección de los recursos naturales y el desarrollo sustentable (2006). Adécuase la denominación del Ministerio de Salud y Ambiente. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=117720>

Ariès, P. (1985). *Reflexões sobre a história da homossexualidade. Sexualidades Ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 77-92.

Bockting, W. O. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: A field in transition. *Sexual & Relationship Therapy*, 24(2), 103-107.

Brasil (1997). *Resolução CFM n.º 1.482 de 19 de setembro de 1997*. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Recuperado de 2020, <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/3resolucaoCFM1955.pdf>

Brasil (2002). *Resolução CFM n.º 1.652 de 2 de dezembro de 2002*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM 1482/97. Recuperado de http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm

Brasil (2010). *Resolução CFM n.º 1.955 de 3 de setembro de 2010*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n.º 1.652/02. Recuperado de, <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/3resolucaoCFM1955.pdf>

Brasil (2018). *Provimento n.º 73, de 28 de junho de 2018 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)*. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). Recuperado de <https://www.conjur.com.br/dl/cnj-regulamenta-alteracoes-nome-sexo.pdf>

Bravo, M. I. S., Matos, M. C. D., & Araújo, P. S. X. D. (2001). *Capacitação para Conselheiros de Saúde-Textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE.

Bravo, M. I. S., Pelaez, E. J., & Pinheiro, W. N. (2018). As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, 10(1), 6-23.

Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. Taylor & Francis.

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Editorial Paidós, Barcelona.

Caravaca-Morera, J. A., & Padilha, M. I. (2018). *Necropolítica trans: diálogos sobre dispositivos de poder, muerte e invisibilización en la contemporaneidad*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2).

Costa, A. C. D., & Borges, M. S. (2012). A judicialização como acesso ao direito à saúde: considerações ao debate brasileiro. *Sociedade em Debate*, 16(1), 77-89.

Costa, A. M., & Lionço, T. (2006). Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 47-55.

Cowen, P., Harrison, P., & Burns, T. (2012). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.

Daniels, N. (1981). Health care needs and distributive justice. In: Beauchamp, T.; & Walters, L. (Ed.) *In Search of Equity* (pp. 1-41). Springer, Boston, MA.

Daniels, N. (2008). *Apenas saúde: atender às necessidades de saúde de maneira justa*. Cambridge University Press.

de Oliveira, J. F. Z. C., & de Souza Lima, B. C. (2016). Lei de Identidade de Gênero: Uma Análise Comparativa da Lei Argentina e o PI 5002/2013 do Brasil. *Libertas: Revista de Pesquisa em Direito*, 2(1).

dos Santos, W. A., Montovani, E. H., Lopes, J. W., Nogueira, A. C. R., de Freitas, P. F. S., de Assis, L. B., & Bteshe, M. (2020). Experience report of the Symposium Invisibilities in health of the LGBT+ community: reflections on medical education. *Research, Society and Development*, 9(8).

Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 427-460.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.

Giovanella, L., Ruiz, G., Feo, O., Tobar, S., & Faria, M. (2012). Sistemas de salud en América del Sur. *Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, organizador. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 21-69.

Honório, C. (2009). *Olhares sobre o mínimo existencial em julgados brasileiros. 2009* (Doctoral dissertation, Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba).

Jesus, J. G. D. (2012). *Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos*. Brasília: Autor.

Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19, 43-63.

Litardo, E. (2013). Os corpos desse outro lado: a lei de identidade de gênero na Argentina. *Meritum, Revista de Direito da Universidade FUMEC*, 8(2).

Lobato, L. D. V. C., & Giovanella, L. (2012). Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. In *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 89-120).

Martins, J. G. B. A., Duque, A. N. F., do Nascimento, J. F., Martins, M. G. B. A., Aragão, J. A., & de Sousa, E. A. (2020). Enfrentamentos ao bullying homofóbico na escola: convite para uma reflexão. *Temporalidades*, 12(1), 681-701.

Martins, J. G. B. A., Figueiredo, L. S., Aragão, J. A., Santos, L. G., & Sousa, E. A. D. (2019). Sexualidades e bullying homofóbico na escola. *Revista Intersaberes*, 14(32), 445-472.

Mello, M. M. C. (2018). *Elementos discursivos sobre os direitos à saúde para pessoas trans: estudo comparativo nas legislações do Brasil, Argentina, Uruguai e Colômbia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Nino, C. S. (2007). *Ética y derechos humanos un ensayo de fundamentación*. Buenos Aires: Astrea.

Paranhos, D. G. D. A. M., Matias, E. A., Monsores, N., & Garrafa, V. (2018). As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. *Saúde em Debate*, 42, 1002-1011.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Santa Maria, RS: UFSM/NTE.

Preciado, P. B. (2018). *Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. São Paulo: n-1 edições.

Ramos, E. M. B., & de Miranda Netto, E. B. (2017). Histórico do sistema normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988. *Revista Debates*, 11(1), 43-66.

Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Imprensa da Universidade de Harvard.

Soll, B. M. B. (2016). *Incongruência de Gênero: um estudo comparativo entre os critérios diagnósticos CID-10, CID-11 e DSM-5*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto

Zucker, K. J., & Spitzer, R. L. (2005). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(1), 31-42.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Elvis Gomes Marques Filho – 20%
Luciano Silva Figueirêdo – 12%
Jeisy dos Santos Holanda – 12%
José Geovânio Buenos Aires Martins – 12%
Virna Rodrigues Leal Moura – 12%
Evandro Alberto de Sousa – 7%
Janaína Alvarenga Aragão – 5%
Patrícia Maria Santos Batista – 5%
Verônica Lourdes Lima Batista – 5%
Ingrid Medeiros Lustosa Diniz – 5%
Hilziane Layza de Brito Pereira Lima – 5%