



**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Secretaria Municipal De Saúde

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

PATRICK DE SOUZA

**QUEM NÃO É VISTO PRECISO SER LEMBRADO:**

**(DES)ACESSO DAS PESSOAS TRANS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Rio De Janeiro

2025

PATRICK DE SOUZA

**QUEM NÃO É VISTO PRECISO SER LEMBRADO:**  
**(DES)ACESSO DAS PESSOAS TRANS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de enfermeiro especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Davi Depret

Rio de Janeiro

2025

“O gesto mais radical que qualquer um de nós pode fazer, é parar de projetar nossas crenças de gênero nos comportamentos e corpos de outras pessoas.”

*(Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity, 2007, p193)*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A atenção primária à saúde (APS) é componente fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade; entretanto, pessoas trans ainda enfrentam barreiras estruturais e institucionais no acesso e na permanência nos serviços, revelando desafios persistentes à efetivação de um cuidado inclusivo e equitativo. **METODOLOGIA:** Esta revisão integrativa teve como objetivo analisar o conhecimento científico existente na literatura acerca do acesso da população trans ao serviço de APS. Realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores combinados a termos livres para ampliar a abrangência da busca, por meio da estratégia: "Atenção Primária à Saúde" *AND* ("Transexualidade" *OR* "Pessoas transgênero" *OR* "Identidade de Gênero" *OR* "Minorias Sexuais e de Gênero") *AND* ("Acessibilidade aos Serviços de Saúde" *OR* "Acesso à Atenção Primária" *OR* "Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde" *OR* "Acesso Universal aos Serviços de Saúde" *OR* "Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde" *OR* "Cobertura Universal de Saúde" *OR* acesso). **RESULTADOS:** A partir da análise e filtragem de publicações encontradas nas bases de pesquisa foram obtidas 12 publicações elas evidenciaram que o acesso das pessoas trans à APS é atravessado por barreiras estruturais, simbólicas e formativas, refletindo uma distância significativa entre o direito formal e a prática cotidiana; a persistência da cisnormatividade e do despreparo profissional reforça a invisibilidade e a exclusão nos serviços, fazendo com que o cuidado, que deveria ser inclusivo e universal, ainda opere sob lógicas disciplinadoras que negam o reconhecimento pleno das identidades trans. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que garantir um acesso integral e equitativo à APS para pessoas trans constitui um imperativo ético, político e civilizatório, sendo necessária a superação das desigualdades por meio de práticas interseccionais, formação crítica e compromisso institucional com a dignidade humana; nesse contexto, a enfermagem de família e comunidade emerge como agente estratégico, articulando técnica, território e cuidado equânime para a promoção de uma atenção verdadeiramente inclusiva.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde; Acesso; Pessoas Trans

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The Brazilian Primary Health Care (*APS*) is a fundamental component of the Brazilian public health system (*SUS*), guided by the principles of universality, comprehensiveness, and equity. However, trans people continue to face structural and institutional barriers to accessing and remaining in health services, revealing persistent challenges to the realization of inclusive and equitable care. **METHODOLOGY:** This integrative review aimed to analyze the scientific knowledge available in the literature regarding the access of the trans population to *APS*. The search was conducted in the Virtual Health Library (*BVS*) database using descriptors combined with free terms to broaden the scope of the search, following the strategy: “*Atenção Primária à Saúde*” AND (“*Transexualidade*” OR “*Pessoas transgênero*” OR “*Identidade de Gênero*” OR “*Minorias Sexuais e de Gênero*”) AND (“*Acessibilidade aos Serviços de Saúde*” OR “*Acesso à Atenção Primária*” OR “*Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde*” OR “*Acesso Universal aos Serviços de Saúde*” OR “*Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde*” OR “*Cobertura Universal de Saúde*” OR *acesso*). **RESULTS:** After analyzing and filtering the retrieved publications 12 studies were included and they indicate that access to *APS* for trans people is shaped by structural, symbolic, and educational barriers, highlighting a significant gap between formal rights and everyday practice. The persistence of cisnormativity and the lack of professional preparedness reinforces invisibility and exclusion within services, resulting in care that, although intended to be universal and inclusive, still operates through disciplinary logics that fail to fully recognize trans identities. **CONCLUSION:** Ensuring integral and equitable access to *APS* for trans people constitutes an ethical, political, and civilizational imperative. Overcoming inequalities requires intersectional practices, critical professional training, and an institutional commitment to human dignity. In this context, Family and Community Nursing (*EFC*) emerges as a strategic actor, integrating technical knowledge, territorial understanding, and equitable care to promote truly inclusive *APS*.

**Keywords:** Primary Health Care; Access; Trans People

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Fluxograma PRISMA de seleção dos artigos para revisão integrativa.....	22
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Elaboração da pergunta norteadora .....	19
Quadro 2 - Metodologia de pesquisa nas bases de dados.....	21
Quadro 3 - Apresentação da revisão integrativa.....	23

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA	American Psychiatric Association
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID-11	11ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM-5	5ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EFC	Enfermagem de Família e Comunidade
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IA	Inteligência Artificial
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e outros
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT
RAS	Rede de Atenção à Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>10</b>
2.1. Atenção primária à saúde: Fundamentos, desafios e potencialidades	10
2.2. Luta da população trans: Da resistência às políticas públicas	13
2.3. Perspectiva interseccional	16
2.4. Enfermagem de Família e Comunidade no acesso às pessoas trans à APS	18
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
5.1. A atenção primária à saúde entre o princípio da universalidade e a prática da exclusão	26
5.2. Formação profissional e reprodução da cisnormatividade	27
5.3. Invisibilidade e precarização do cuidado: A atenção primária à saúde como território de disputa	28
5.4. Experiências internacionais de cuidados trans	29
5.5. Interseccionalidade e vulnerabilidade ampliadas	30
5.6. A ética do cuidado como horizonte político	31
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é denominada como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel central na organização e coordenação das redes de cuidado. Estruturada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a APS busca oferecer atenção contínua, resolutiva e centrada nas necessidades da população<sup>1</sup>. Apesar de seus avanços, observa-se que determinados grupos sociais ainda encontram barreiras expressivas no acesso e na permanência nos serviços, especialmente populações historicamente marginalizadas, como as pessoas trans<sup>2</sup>.

A equidade, princípio fundante do SUS, pressupõe o reconhecimento das diferenças e a implementação de estratégias que assegurem condições justas de saúde àqueles em maior situação de vulnerabilidade<sup>3,4</sup>. No entanto, pessoas trans frequentemente vivenciam experiências de exclusão e discriminação no cotidiano da APS, de diversas formas<sup>5,6</sup>. Essas barreiras produzem impactos concretos na vida dessa população, que muitas vezes deixa de procurar os serviços, resultando em descontinuidade do cuidado, maior vulnerabilidade em saúde e dificuldade de acesso a ações preventivas e de promoção da saúde<sup>7,8</sup>. Estudos apontam que a exclusão do sistema formal de saúde acaba por empurrar parte da população trans para práticas de automedicação, hormonização clandestina e intervenções sem acompanhamento profissional, aumentando os riscos clínicos e sociais<sup>6</sup>.

A escolha deste tema se justifica diante da urgência em enfrentar as desigualdades estruturais que afetam a população trans no acesso à saúde e também pela percepção pessoal da ausência de usuários trans no campo prático da residência em enfermagem de família e comunidade em território da comunidade do Complexo do Alemão no Rio de Janeiro.

Segundo Starfield<sup>1</sup>, a qualidade e a efetividade da atenção primária estão diretamente relacionadas à sua capacidade de responder às necessidades diversas da população, o que exige uma abordagem centrada na equidade e no respeito à diversidade. Nesse contexto, analisar o conhecimento já produzido sobre o tema torna-se essencial, não apenas para dar visibilidade às experiências dessa população, mas também para orientar a formulação de políticas públicas, qualificar práticas profissionais e contribuir para a consolidação de uma APS verdadeiramente inclusiva e equitativa<sup>9</sup>.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo geral analisar o conhecimento científico existente na literatura sobre o acesso das pessoas trans à atenção primária à Saúde. Como objetivos específicos, propõe-se em identificar as principais barreiras e desafios apontados na literatura que dificultam o acesso e a permanência da população trans nos serviços de atenção primária à saúde; Identificar lacunas na produção científica sobre o tema e refletir sobre a capacidade da atenção primária à saúde de promover equidade e respeito à diversidade de gênero e correlacionar o papel da enfermagem de família e comunidade referente ao acesso da população trans a atenção primária à saúde.

Ao reunir o conhecimento disponível sobre o tema, pretende-se consequentemente contribuir para a promoção da equidade em saúde, fortalecer o papel da atenção primária à saúde como espaço inclusivo e apoiar a formulação de políticas que respondam de forma efetiva às demandas dessa população.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Atenção primária à saúde: Fundamentos, desafios e potencialidades**

A atenção primária à saúde é caracterizada como o nível fundamental e estratégico dos sistemas de saúde, responsável pelo primeiro ponto de contato entre os indivíduos, suas famílias e o sistema de saúde. Sua importância foi consagrada mundialmente pela Declaração de Alma-Ata em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNICEF, que estabelece a atenção primária como um componente indispensável para a concretização do direito à saúde e a promoção da equidade social<sup>10</sup>. Posteriormente, em 2018 a Declaração de Astana reafirmou e atualizou esse compromisso, enfatizando a necessidade premente de fortalecer a APS diante dos novos desafios epidemiológicos, demográficos e sociais que caracterizam a contemporaneidade<sup>11</sup>.

Conceitualmente, a atenção primária à saúde é delineada por um conjunto de atributos essenciais que definem sua singularidade e sua capacidade resolutiva no âmbito dos sistemas de saúde. Nesse sentido, a obra seminal de Barbara Starfield<sup>12</sup> permanece como referencial incontornável para a compreensão desses elementos constitutivos. Segundo a autora, a APS deve possuir quatro atributos fundamentais: o primeiro contato, a longitudinalidade, a

integralidade e a coordenação do cuidado. O atributo do primeiro contato implica que a APS funcione como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, assegurando o acesso oportuno e a atenção imediata às demandas apresentadas pela população. A longitudinalidade que tem referência à continuidade do cuidado, caracterizada pela manutenção de um vínculo duradouro entre o usuário e os profissionais de saúde, o que favorece o conhecimento aprofundado do contexto individual e coletivo e aprimora a qualidade da atenção prestada. A integralidade representa a amplitude da abordagem, que deve contemplar a totalidade das necessidades em saúde, abrangendo ações preventivas, curativas, de reabilitação e promoção da saúde. Por fim, a coordenação do cuidado abrange a capacidade da APS de articular os diversos níveis e serviços do sistema de saúde, garantindo a continuidade e a eficácia dos processos assistenciais.

No Brasil, a atenção primária à saúde encontra sua materialização e expansão por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que constituiu uma das políticas públicas mais relevantes para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção básica no país. Conforme destacam Giovanella<sup>13</sup> e Mendes<sup>14</sup> e, a ESF é fundamental para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), concebidas como estruturas integradas e articuladas que visam promover a integralidade e a coordenação do cuidado. Essas redes buscam superar a fragmentação dos serviços, garantir a longitudinalidade do cuidado e assegurar a universalidade e a equidade no atendimento.

Contudo, a implementação da atenção primária à saúde no Brasil e em outros contextos apresenta desafios e fragilidades substanciais; Entre eles, destacam-se a insuficiência de recursos humanos qualificados, a precariedade das infraestruturas físicas, a sobrecarga dos profissionais, além da fragmentação dos serviços e a dificuldade na articulação intersetorial; Tais obstáculos comprometem a capacidade da APS de atender às demandas crescentes e diversificadas da população<sup>13</sup>. Nesse sentido, a análise proposta por Donabedian<sup>15</sup>, que avalia a qualidade da atenção em saúde sob as dimensões de estrutura, processo e resultado, revela-se particularmente útil para identificar os pontos vulneráveis que incidem sobre a efetividade da atenção primária.

Ao examinar a estrutura, é possível verificar a disponibilidade e adequação dos recursos físicos, humanos e financeiros necessários para o funcionamento adequado dos serviços. Deficiências nessa dimensão, como a falta de profissionais capacitados ou infraestrutura inadequada, limitam diretamente a oferta de cuidados de qualidade. Já a dimensão do processo

permite analisar como o atendimento é efetivamente realizado, incluindo a organização das práticas clínicas, o relacionamento entre equipe e usuários, além da articulação entre os diferentes níveis de atenção. Problemas nesse aspecto, como a fragmentação do cuidado e a sobrecarga das equipes, dificultam a continuidade e a integralidade do serviço. Desta forma, os resultados refletem os impactos reais da atenção prestada na saúde da população, abrangendo desde indicadores clínicos até a satisfação dos usuários. A análise integrada dessas três dimensões oferece uma visão abrangente dos desafios e oportunidades da APS, orientando intervenções mais eficazes para fortalecer sua capacidade resolutiva e garantir o acesso equitativo e contínuo aos cuidados essenciais<sup>13-15</sup>.

Paralelamente, as potencialidades da APS residem em sua capacidade de promover uma atenção integral, humanizada e centrada na pessoa, por meio do trabalho coletivo e interdisciplinar. Campos *et al.*<sup>16</sup> enfatizam a relevância da gestão democrática e do trabalho em equipe para o fortalecimento da APS, defendendo a participação social e a cogestão como instrumentos imprescindíveis para a qualificação do cuidado e a responsabilização coletiva. Ademais, o conceito de apoio matricial constitui uma estratégia fundamental para a ampliação da capacidade técnica e resolutiva da APS, favorecendo a integração entre equipes, o compartilhamento de saberes e a ampliação da clínica<sup>17</sup>.

Importa também ressaltar que a atenção primária à saúde desempenha um papel central na abordagem dos determinantes sociais da saúde (DSS), reconhecendo que as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais influenciam decisivamente a saúde dos indivíduos e coletividades. A partir do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead<sup>18</sup>, que identifica camadas e fatores determinantes das desigualdades em saúde, a APS deve assumir uma postura intersetorial e comunitária, promovendo ações que transcendem o atendimento clínico tradicional e abrangem políticas públicas integradas de promoção da saúde e justiça social.

Como destacado por Starfield<sup>12</sup>, os atributos essenciais da atenção primária à saúde estabelecem parâmetros fundamentais para a organização do cuidado centrado na pessoa e na coletividade. No entanto, para que a APS exerça plenamente seu potencial transformador, é imprescindível superar fragilidades estruturais e processuais, como insuficiência de recursos e dificuldades na articulação intersetorial, mas para que isso ocorra, é fundamental investir em políticas públicas robustas, formação e valorização dos profissionais, fortalecimento das equipes multiprofissionais e ampliação da participação social<sup>13,15</sup>.

## 2.2. Luta da população trans: Da resistência às políticas públicas

A experiência trans, vivida por pessoas cuja identidade de gênero é diferente do sexo que lhes foi atribuído ao nascer, questiona há décadas as normas sociais que sustentam a ideia de que todos devem ser cisheteronormativos. No campo teórico, a filósofa Judith Butler<sup>19</sup> propôs que o gênero não é algo fixo ou natural, mas sim uma construção social, algo que é feito e repetido através dos comportamentos e ações vividas ao longo da sua própria existência. Essa ideia dá suporte ao entendimento de que as pessoas trans, ao viverem de forma autêntica, desafiam essas normas rígidas e mostram que os papéis de "homem" e "mulher" são mais diversos do que geralmente se pensa.

Essa perspectiva também se relaciona com as teorias Foucaultianas, que estudaram como o poder age por meio da medicina, da ciência e de outras instituições para controlar os corpos e definir o que é "normal" ou "aceitável"<sup>20</sup>, portanto, entende-se neste contexto que pessoas que não se encaixam nesses padrões, como as trans, muitas vezes são tratadas como “problemas” ou “anomalias”.

No Brasil, a socióloga Berenice Bento<sup>21</sup> contribui com essa discussão ao mostrar que o corpo das pessoas trans é um campo de disputa simbólica, médica e jurídica. Apesar das barreiras sociais e institucionais, pessoas trans criam formas próprias de buscar reconhecimento, cuidado e respeito.

Historicamente, alguns marcos globais ajudam a compreender a virada política em torno da pauta LGBTQIAPN+. Um dos mais significativos foi a Rebelião de Stonewall, ocorrida na madrugada de 28 de junho de 1969, em Nova York, quando frequentadores do bar Stonewall Inn resistiram a mais uma batida policial arbitrária. O levante desencadeou vários dias de protestos e resultou no ano seguinte a criação da *Christopher Street Liberation Day*, frequentemente reconhecida como a primeira marcha do orgulho LGBTQIAPN+<sup>22</sup>.

Stonewall tornou-se, assim, um marco de virada estratégica, da invisibilidade forçada e da acomodação silenciosa à ação coletiva organizada. Mais do que um símbolo, o levante produziu efeitos concretos e duradouros, impactando não apenas a linguagem dos direitos, mas também a forma como os movimentos LGBTQIAPN+ se articularam em diversas partes do mundo. Seu legado se materializou em repertórios de mobilização como marchas, comitês de resistência, estratégias jurídicas e mídias alternativas que atravessaram fronteiras, construindo redes de solidariedade e impulsionando reivindicações institucionais por descriminalização,

políticas antidiscriminatórias e cuidados integrais em saúde sexual e reprodutiva<sup>22</sup>. Trata-se de uma herança política e afetiva que segue inspirando a luta por dignidade, reconhecimento e justiça.

No Brasil, a partir das décadas de 1980 e 1990, o movimento LGBTQIAPN+ incorporou essas estratégias, articulando frentes de atuação em áreas como saúde, educação e segurança pública, passando a pautar o Estado por reconhecimento de direitos como o uso do nome social, a identidade de gênero e o acesso a cuidados específicos para a população trans<sup>23</sup>.

A compreensão contemporânea sobre disforia de gênero e sobre saúde trans também passa por rearranjos classificatórios relevantes. No DSM-5 (2013), a *American Psychiatric Association* (APA) substituiu a noção de “transtorno de identidade de gênero” por “disforia de gênero”, deslocando o foco para o sofrimento clínico associado à incongruência entre identidade de gênero e sexo atribuído e não à identidade em si<sup>24,25</sup>. Em 2019, a OMS aprovou o CID-11, que reposiciona a “incongruência de gênero” no capítulo de saúde sexual e não mais entre transtornos mentais, medida com efeito simbólico e prático de despatologização e ampliação de acesso a cuidados afirmativos. Ainda que as classificações não esgotem a complexidade da experiência trans, sua revisão impacta protocolos assistenciais, financiamento e cobertura por sistemas de saúde<sup>26</sup>.

No Brasil, o campo das políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+ tem registrado avanços significativos, embora ainda marcados por desigualdades e desafios na implementação. Um marco importante foi a Portaria MS nº 2.836/2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSI-LGBT), estabelecendo diretrizes para o enfrentamento da discriminação institucional e a garantia de atenção integral no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>27</sup>. Assim como a redefinição e ampliação do Processo Transexualizador, realizada pela Portaria MS nº 2.803/2013, que especificou as modalidades de habilitação de serviços para o acompanhamento clínico, a hormonização e a realização de procedimentos cirúrgicos para pessoas trans. Essas diretrizes foram posteriormente consolidadas por outras normativas que reforçaram a institucionalização do cuidado transespecífico no SUS<sup>28</sup>.

Em relação aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, a Portaria MS nº 1.820/2009, que estabelece a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, assegura, entre outros princípios, o direito ao uso do nome social em todas as instâncias de atendimento. Esse direito foi reforçado

no âmbito da administração pública federal pelo Decreto nº 8.727/2016, que regulamenta o uso do nome social por pessoas trans em órgãos e entidades do poder executivo federal<sup>29,30</sup>.

No campo do registro civil, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.275/2018, o direito à alteração de prenome e marcador de gênero diretamente em cartório, independentemente da realização de cirurgia, apresentação de laudos médicos ou autorização judicial. Essa decisão representou um marco na consolidação do direito à identidade de gênero e à dignidade da pessoa humana<sup>31</sup>.

Atualmente, a dimensão político-institucional no Brasil ganha forças com a chegada de lideranças trans em espaços de decisão e formulação de políticas públicas, como a eleição de Erika Hilton, primeira mulher trans e negra a ocupar uma cadeira na Câmara dos Deputados no mandato de 2023 a 2027, representa não apenas um marco simbólico, mas também uma prática concreta de incidência legislativa. Sua atuação contribui para ampliar o debate em torno de pautas estruturais como o enfrentamento à violência, o acesso ao trabalho digno, a educação inclusiva e a saúde trans-específica, ao mesmo tempo em que fortalece os mecanismos de controle social sobre a execução de políticas já instituídas<sup>32</sup>. Essa forma de representatividade, embora significativa, não substitui a responsabilidade do Estado na garantia de direitos, apesar de potencializar a capacidade de "tradução política" das demandas históricas dos movimentos sociais trans.

Contudo, apesar dos avanços, permanecem desafios estruturais significativos, especialmente no que diz respeito à efetiva implementação das políticas e ao enfrentamento da violência sistêmica. Por isso, é fundamental que as políticas públicas adotem uma abordagem interseccional, participativa e sensível às realidades locais, reconhecendo a diversidade das experiências trans<sup>33</sup>. Afirmar o direito ao cuidado em saúde, à dignidade nos registros civis e à segurança pessoal não se resume a ações setoriais, trata-se de um compromisso democrático com a vida, a equidade e a justiça social<sup>13,33</sup>.

### **2.3. Perspectiva interseccional**

A interseccionalidade constitui um referencial teórico-metodológico fundamental para a compreensão das dinâmicas contemporâneas de desigualdade social. O conceito foi formulado originalmente pela jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw<sup>34</sup>, no campo dos estudos

jurídicos e feministas, ao analisar como as experiências de mulheres negras eram sistematicamente invisibilizadas por abordagens que tratam as categorias de raça e gênero de forma isolada. Crenshaw demonstrou que essas mulheres não eram plenamente contempladas nem pelas políticas de combate ao racismo, voltadas majoritariamente aos homens negros, nem pelas políticas de igualdade de gênero, predominantemente centradas nas experiências de mulheres brancas. A partir dessa constatação, a autora cunhou o termo "interseccionalidade" para descrever como sistemas de opressão distintos como racismo, sexismo e classismo não atuam de forma separada, mas interdependente na constituição das desigualdades sociais.

A partir dessa base, a interseccionalidade consolidou-se como uma abordagem crítica que permite analisar como múltiplos marcadores sociais tais como gênero, raça, classe, sexualidade, território, geração e deficiência interagem na produção de assimetrias de poder e acesso a direitos. Trata-se, portanto, de uma ferramenta analítica que não apenas reconhece a coexistência desses marcadores, mas considera sua articulação como elemento estruturante das relações sociais e institucionais. O conceito foi ampliado e sistematizado por outras autoras, como Patrícia Hill Collins<sup>35</sup>, que introduziu a noção de “matriz de dominação”, enfatizando que os sistemas de opressão operam de maneira interligada em níveis micro e macroestruturais.

No campo da saúde coletiva, a interseccionalidade tem se mostrado uma ferramenta analítica indispensável para a compreensão dos determinantes sociais da saúde. Sua aplicação permite examinar como as desigualdades em saúde são atravessadas por múltiplos e simultâneos sistemas de exclusão, que afetam desigualmente grupos populacionais historicamente marginalizados. Particularmente no caso das pessoas trans, os efeitos da interseção entre transfobia, racismo, pobreza e exclusão educacional geram condições de vida marcadas por vulnerabilidades múltiplas e persistentes<sup>36,37</sup>.

Apesar da evolução na formulação das políticas públicas e no campo civil referente aos direitos da população LGBTQIAPN+, essas não se distribuem de forma equitativa nem alcançam igualmente todos os grupos dentro dessa comunidade, como aponta Djamila Ribeiro<sup>38</sup>, raça, gênero e classe social se entrelaçam para construir diferentes posições de fala e acesso ao poder, demandando abordagens que reconheçam as hierarquias de opressão e os mecanismos de privilégio. No contexto brasileiro, mulheres trans e travestis negras, majoritariamente residentes em periferias urbanas, continuam a figurar entre os grupos mais vulnerabilizados, enfrentam taxas alarmantes de violência letal, altos índices de evasão escolar,

dificuldades de inserção no mercado de trabalho formal e obstáculos recorrentes no acesso a serviços públicos essenciais, como o Sistema Único de Saúde.

Akotirene<sup>39</sup> também aprofunda esse referencial teórico, adaptando-o às especificidades das desigualdades estruturais que afetam a população negra, periférica e LGBTQIAPN+, ressalta a importância de compreender a interseccionalidade como uma categoria crítico-política, que ilumina formas históricas de exclusão naturalizadas e aponta para os efeitos materiais da opressão acumulada.

Os dossiês anuais da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) têm documentado de forma sistemática a violência contra travestis e pessoas transexuais no Brasil, reafirmando a posição do país entre os mais letais para essa população. Esses relatórios também denunciam a omissão do Estado, tanto na prevenção da violência quanto na garantia de políticas públicas efetivas. Nessa perspectiva, a interseccionalidade novamente não deve ser entendida apenas como uma ferramenta teórica de análise, mas como uma diretriz ética e política indispensável para o desenvolvimento de políticas públicas verdadeiramente inclusivas, com metas claras, financiamento adequado e mecanismos de monitoramento e avaliação que considerem as desigualdades estruturais<sup>40,41</sup>.

Em resumo, as contribuições teóricas de Judith Butler e Michel Foucault ajudam a compreender como o gênero é produzido, regulado e performado nas relações sociais e nos dispositivos de poder. Simultaneamente, autoras como Djamila Ribeiro e Carla Akotirene nos alertam que gênero não pode ser analisado isoladamente, uma vez que dimensões como raça e classe operam de forma entrelaçada na construção da cidadania e na distribuição de direitos<sup>19,20,38,39</sup>.

#### **2.4. Enfermagem de Família e Comunidade no acesso às pessoas trans à APS**

A enfermagem de família e comunidade (EFC) integra o núcleo estratégico da atenção primária à saúde (APS), orientando práticas que articulam clínica, território, vínculo e responsabilização sanitária. A formação e o exercício da EFC se fundamentam na atenção centrada na pessoa, na família e na comunidade em consonância com a Política Nacional de

Atenção Básica, que reconhece o papel da enfermagem na coordenação do cuidado, na vigilância em saúde e na promoção de ambientes seguros e acessíveis<sup>42</sup>.

No âmbito da EFC, o cuidado é compreendido em perspectiva ampliada, na qual a escuta qualificada, o vínculo e a adaptação das intervenções às necessidades reais de cada pessoa constituem dimensões centrais. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas<sup>43</sup>, contribui para essa compreensão ao conceber o cuidado de enfermagem como intervenção voltada à integralidade do sujeito, articulando dimensões biológicas, psicossociais e culturais. Essa abordagem é especialmente relevante no cuidado às pessoas trans, que frequentemente vivenciam barreiras de acesso, estigma institucional e experiências de deslegitimação de suas identidades nos serviços de saúde<sup>5,6</sup>.

A concepção relacional do cuidado proposta por Ayres<sup>44</sup> fundamenta a prática da EFC, ao destacar que o cuidado em saúde é produzido no encontro, na interação ética e no reconhecimento do outro como sujeito de direito. Para pessoas trans, essa dimensão assume centralidade, uma vez que o acolhimento inicial, o uso adequado do nome social, a escuta sensível e a condução ética das demandas determinam a adesão aos serviços, a continuidade do cuidado e a percepção de segurança dentro da APS<sup>23</sup>.

Apesar desse potencial transformador, estudos como o de Carneiro *et al.*<sup>45</sup> apontam desigualdades na distribuição da força de trabalho de enfermagem no Brasil e lacunas formativas relacionadas à diversidade de gênero, o que limita a oferta de cuidados trans-competentes na APS. Ainda assim, quando fundamentada em princípios de equidade, integralidade e compromisso ético-político, a EFC possui capacidade singular de qualificar o cuidado às pessoas trans, ampliar o acesso e contribuir para a efetivação de direitos no SUS.

### **3. METODOLOGIA**

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão integrativa da literatura, com o propósito principal de reunir e analisar o conhecimento científico existente na literatura acerca do acesso de pessoas trans à atenção primária à saúde.

Segundo Botelho, Cunha e Macedo, a revisão integrativa pode ser aplicada em diferentes áreas do conhecimento, pois possibilita a organização e a síntese do saber científico. Tal método permite ao pesquisador aproximar-se da temática investigada, construir uma visão

abrangente da produção existente, compreender a evolução do tema ao longo do tempo e consequentemente identificar novas possibilidades de investigação<sup>46</sup>.

Como representado no Quadro 1, para a formulação da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC, na qual *P* corresponde ao paciente ou problema, *C* ao conceito de interesse e *C* ao contexto do estudo. Assim, foram definidos: *P*: Pessoas trans; *C*: Acesso e adesão; *C*: atenção primária à saúde. A partir dessa estratégia, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: “Quais são as condições de acesso e de adesão das pessoas trans à atenção primária à saúde?”

### Quadro 1 - Elaboração da pergunta norteadora

Estratégia PCC	
<b>P</b>	Pessoas Trans
<b>C</b>	Acesso e Adesão
<b>C</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>Pergunta Norteadora</b>	Quais são as condições de acesso e de adesão das pessoas trans à atenção primária à saúde?

Após a definição do tema e da questão norteadora, a busca foi conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando as bases LILACS, MEDLINE, BDNF e CVSP.

Utilizaram-se descritores em ciências da saúde (DeCS) combinados a termos livres para ampliar a abrangência da pesquisa. Foi utilizada a estratégia de busca: "Atenção Primária à Saúde" AND ("Transexualidade" OR "Pessoas transgênero" OR "Identidade de Gênero" OR "Minorias Sexuais e de Gênero") AND ("Acessibilidade aos Serviços de Saúde" OR "Acesso à Atenção Primária" OR "Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde" OR "Acesso Universal aos Serviços de Saúde" OR "Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde" OR "Cobertura Universal de Saúde" OR acesso), onde o termo acesso foi incluído como termo livre, uma vez que a forma isolada não aparece como DeCS.

Foram aplicados os filtros para textos completos, publicados em português, espanhol ou inglês, contemplando toda a coleção disponível na BVS. Não se utilizou recorte temporal, com o intuito de abarcar a totalidade das pesquisas disponíveis e analisar a evolução da temática em todos os anos disponíveis com a aplicação da estratégia de busca.

Foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão e definidas as informações a serem extraídas da literatura. Inicialmente, realizou-se uma triagem por meio da leitura de títulos e resumos, com o objetivo de identificar estudos compatíveis com os critérios estabelecidos. Na etapa seguinte, procedeu-se à leitura integral dos artigos, assegurando a conformidade com os critérios e promovendo a exclusão daqueles que não atendiam aos parâmetros definidos.

Os critérios de inclusão contemplaram publicações disponíveis na coleção da BVS, com texto completo, em português, espanhol ou inglês, que abordassem o acesso preferencialmente com foco principal nas pessoas trans e exclusivamente no contexto da atenção primária à saúde.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão estudos cujo foco principal não fosse pessoas trans, trabalhos que abordassem níveis distintos da atenção primária à saúde, publicações sem dados empíricos consistentes, duplicatas, dossiês, monografias, dissertações, tese, textos sem acesso integral, ou publicados em idiomas diferentes do português, espanhol ou inglês (Quadro 2).

## **Quadro 2 - Metodologia de pesquisa nas bases de dados**

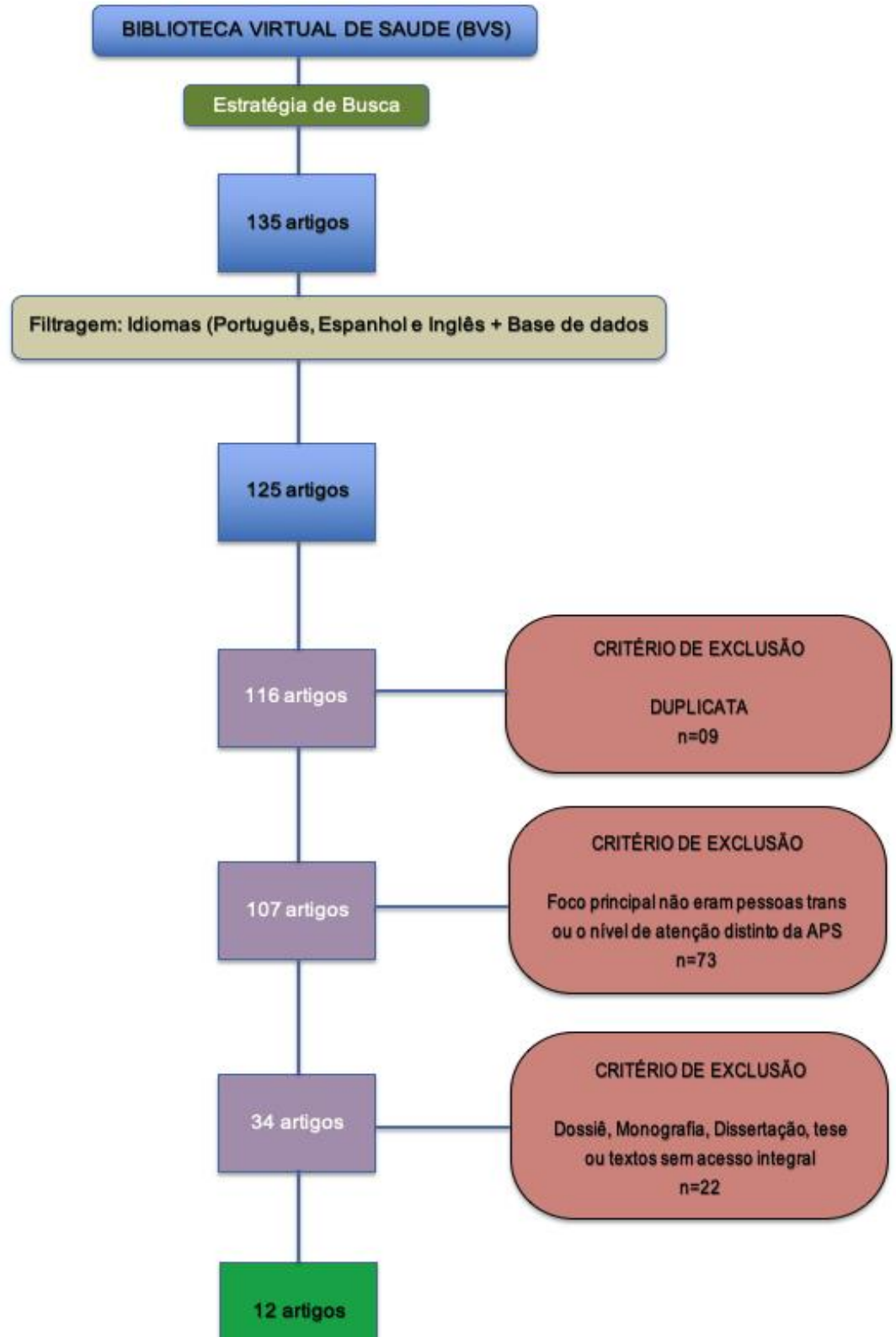
<b>Base de dados</b>	BVS: LILACS, MEDLINE, BDEF e CVSP
<b>DeCS (BVS)</b>	"Atenção Primária à Saúde" AND ("Transexualidade" OR "Pessoas transgênero" OR "Identidade de Gênero" OR "Minorias Sexuais e de Gênero") AND ("Acessibilidade aos Serviços de Saúde" OR "Acesso à Atenção Primária" OR "Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde" OR "Acesso Universal aos Serviços de Saúde" OR "Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde" OR "Cobertura Universal de Saúde" OR acesso)
<b>Crítérios de inclusão</b>	Publicações disponíveis na coleção da BVS, com texto completo, em português, espanhol ou inglês, que abordassem o acesso preferencialmente com foco principal nas pessoas trans e exclusivamente no contexto da atenção primária à saúde.
<b>Crítérios de exclusão</b>	Estudos cujo foco principal não fosse pessoas trans, trabalhos que abordassem níveis distintos da atenção primária à saúde, publicações sem dados empíricos consistentes, duplicatas, dossiê, monografia, dissertação, tese, textos sem acesso integral, ou publicados em idiomas diferentes do português, espanhol ou inglês.

A organização e a triagem das referências foram realizadas com o auxílio da plataforma de inteligência artificial (IA) Rayyan. Assim, Foram inicialmente identificados 135 registros a partir da estratégia de busca na BVS, após a aplicação dos filtros (texto completo, em português, espanhol ou inglês) e seleção das bases (LILACS, MEDLINE, BDEF e CVSP), restaram 125 publicações, após a de duplicação permaneceram 116 publicações, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 12 artigos foram selecionados para leitura completa e revisão final. O processo de seleção está representado em fluxograma adaptado das recomendações do PRISMA (Figura 1).

Os dados extraídos foram organizados em quadro-síntese contendo: Título do artigo, autor do artigo, ano da publicação, cenário da pesquisa e contribuições. A síntese dos resultados

foi realizada de forma descritiva e temática, com categorização dos principais achados relacionados às barreiras e facilitadores do acesso na atenção primária.

**Figura 1** - Fluxograma PRISMA de seleção dos artigos para revisão integrativa.



## 4. RESULTADOS

Quadro 3 - Apresentação da revisão integrativa. (continua)

TÍTULOS DOS ARTIGOS	AUTORES DO ARTIGO	ANO	CENÁRIO DA PESQUISA	CONTRIBUIÇÕES
“A void in our community”: Exploring the complexities of delivering and implementing primary care services for transgender individuals in Northern Ontario <sup>56</sup>	Rosemary Knigh; Jean Shoveller; Angela Carson; Elena C. Whitney.	2014	Serviços de atenção primária à saúde em comunidades do norte de Ontário, Canadá.	Revela barreiras estruturais e geográficas, bem como a escassez de profissionais preparados, dificultando o acesso de pessoas trans à atenção primária à saúde no norte de Ontário. Destaca a necessidade de serviços culturalmente competentes e políticas inclusivas.
Primary Care Clinicians’ Willingness to Care for Transgender Patients <sup>51</sup>	Deirdre A. Shires; Daphna Stroumsa; Kim D. Jaffee; Michael Woodford.	2018	Clínicos de medicina de família e clínica geral em um sistema de saúde integrado no meio-oeste dos EUA.	Mostra que a maioria dos clínicos está disposta a atender pessoas trans, mas que fatores como idade do profissional, contato prévio com usuário e transfobia influenciam essa disposição, evidenciando barreiras de acesso e a necessidade de capacitação específica.
Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults <sup>53</sup>	Beth A. Clark; Jaimie F. Veale; Devon Greyson; Elizabeth Saewyc.	2018	Estudo transversal de jovens trans no Canadá (idade de 14 a 25 anos), investigando acesso à atenção primária e casos de cuidados de saúde que foram evitados ou não buscados.	Revela que quase metade dos jovens trans deixam de buscar cuidados de saúde necessários. Ao se sentir à vontade para discutir a identidade de gênero com profissionais de saúde, assim como ter médicos cientes da condição trans, está associado a uma melhor saúde física e mental, incluindo menor presença de sintomas de depressão e ansiedade, maior bem-estar geral e maior continuidade no acesso aos cuidados médicos. Além disso, o artigo destaca que barreiras como custos, experiências negativas e falta de preparo dos profissionais dificultam significativamente esse acesso.

Quadro 3 - Apresentação da revisão integrativa. (continua)

TÍTULOS DOS ARTIGOS	AUTORES DO ARTIGO	ANO	CENÁRIO DA PESQUISA	CONTRIBUIÇÕES
Transgender and Gender Nonconforming Patient Experiences at a Family Medicine Clinic <sup>57</sup>	Amanda Hinrichs; Carrie Link; Lea Seaquist; Peek Ehlinger; Stephanie Aldrin; Rebekah Pratt;	2018	Clínica-escola de medicina de família, em Minneapolis (EUA), que atende mais de 300 pacientes trans e de gênero não conforme.	O estudo revela que pacientes trans e não conformes de gênero compartilham experiências negativas frequentes no acesso à saúde e apontam a importância de uma atenção primária sensível e inclusiva. Conclui que a melhoria do cuidado requer permitir a autoidentificação, respeitar identidades de gênero, tratar o paciente como um todo e capacitar toda a equipe da clínica para garantir consistência no atendimento
Assistência em saúde às travestis na atenção primária: do acesso ao atendimento <sup>58</sup>	Graciela D. Sehnem Rodrigo L. Rodrigues Jussara M. Lipinski Maria E. D. Vasquez Alessandra Schmidt	2018	Estudo realizado em Teresina (Piauí, Brasil), com travestis atendidas em serviços de atenção primária à saúde.	O estudo evidencia que travestis enfrentam barreiras significativas no acesso e no atendimento na atenção primária, marcadas por preconceito, estigmatização e desrespeito ao uso do nome social. Ressalta a ausência de preparo dos profissionais para lidar com as especificidades dessa população e a necessidade de políticas públicas e práticas inclusivas que garantam acolhimento, equidade e integralidade no cuidado em saúde .
O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa <sup>49</sup>	Lourenço B.C.Pereira; Ana C. S. Chazan	2019	Revisão integrativa sobre o acesso de pessoas trans à atenção primária em diferentes países (Brasil, EUA e África do Sul), considerando a APS como porta de entrada do SUS e espaço ideal para o cuidado integral.	Evidencia barreiras multidimensionais no acesso da população trans à atenção primária, destacando a falta de preparo profissional como a mais impactante, e aponta a atenção primária como cenário ideal para o cuidado integral, desde que haja formação em diversidade e políticas inclusivas.
Exploring the implementation and delivery of primary care services for transgender individuals in ontario: Case study protocol <sup>59</sup>	Erin Ziegler; Ruta V. Nancy; Carter Cathy; Risdon J. Yost	2020	Três modelos diferentes de organização e financiamento da atenção primária à saúde em Ontário, Canadá	Evidencia as barreiras de acesso da população trans à atenção primária e propõe caminhos para estruturar serviços mais equitativos, subsidiando políticas e práticas inclusivas.

**Quadro 3** - Apresentação da revisão integrativa. (continua)

TÍTULOS DOS ARTIGOS	AUTORES DO ARTIGO	ANO	CENÁRIO DA PESQUISA	CONTRIBUIÇÕES
Acesso de travestis e mulheres transexuais a serviços de atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura <sup>52</sup>	Davi Depret; Mercedes Neto; Sonia E. Acioli; Ivone E. Cabral; Jaime Caravaca-Moreira; Ricardo M. R. Rafael	2020	Revisão integrativa por pesquisadores da UERJ, UFRJ, Universidad de Costa Rica que analisa estudos publicados em bases nacionais e internacionais sobre o acesso de travestis e mulheres transexuais à atenção primária à saúde em diferentes países.	Sistematiza o conhecimento disponível sobre o acesso de travestis e mulheres transexuais à atenção primária à saúde, organizando três eixos centrais de problema (Acesso, uso dos serviços e barreiras). Evidencia lacunas significativas na produção científica e nos serviços, fragilidade institucional, discriminação e despreparo profissional, apontando a necessidade de qualificação das equipes, práticas humanizadas e fortalecimento de políticas que promovam equidade no SUS.
Universal gender screening: A simple strategy to enhance primary care for transgender and gender diverse people <sup>54</sup>	Marria Townsend; Drew Benjamin; Andrew Clark	2022	Clínicas de Atenção Primária à Saúde em Vancouver, Canadá.	Defende a triagem universal de gênero na Atenção Primária à Saúde como estratégia simples e eficaz para reduzir desigualdades, a necessidade de ampliar o acesso a cuidados afirmativos e a documentação e a melhora da resposta clínica às necessidades de pessoas trans e de gênero diverso.
Restrição de políticas públicas de saúde: Um desafio dos transexuais na atenção básica <sup>48</sup>	Denildo F. Gomes; Enéas R. Teixeira; Marta Sauthier; Graciele O. Paes	2022	Clínicas da Família localizadas na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.	Evidencia as barreiras enfrentadas por pessoas trans no acesso à atenção básica de saúde, destacando o preconceito, a não utilização do nome social, a falta de preparo dos profissionais e a invisibilidade institucional. Reforça a necessidade de implementação de políticas públicas inclusivas e de maior capacitação dos profissionais, sobretudo da enfermagem, para garantir equidade e integralidade no cuidado
Invisibilização e preconceitos velados: Barreiras para o acesso aos serviços de atenção básica pela população trans <sup>47</sup>	Lucas Menezes; Larissa Carrasco; Camélia Murgo; Bernardo Rahe	2024	Atenção Primária à Saúde em dois municípios do interior de São Paulo	Evidencia desconhecimento e preconceitos de profissionais da atenção primária à saúde, refletindo lacunas formativas e institucionais que comprometem o acesso da população trans aos serviços de saúde.

**Quadro 3** - Apresentação da revisão integrativa. (conclusão)

TÍTULOS DOS ARTIGOS	AUTORES DO ARTIGO	ANO	CENÁRIO DA PESQUISA	CONTRIBUIÇÕES
As pessoas transexuais e travestis e a invisibilidade na Atenção Primária à Saúde <sup>55</sup>	Paulo Rogério; Nunes Barbosa; Valéria F. Romano	2024	Atenção Primária no município do Rio de Janeiro.	Aponta discriminação, desrespeito ao nome social e despreparo profissional como barreiras no cuidado. Evidência invisibilidade e necessidade de maior qualificação e políticas inclusivas na atenção primária à Saúde para população trans e travesti.

## 5. DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa demonstra que o acesso das pessoas trans à atenção primária à saúde é um campo marcado por tensões estruturais, políticas e epistemológicas. A análise crítica dos estudos revela não apenas lacunas assistenciais, mas também uma crise ética e paradigmática na maneira como o cuidado é produzido e como o corpo e gênero são compreendidos no interior do sistema de saúde.

### 5.1. A atenção primária à saúde entre o princípio da universalidade e a prática da exclusão

Embora o Sistema Único de Saúde se fundamente nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a prática cotidiana evidencia uma discrepância entre o direito formal e o acesso real.

Estudos<sup>47-49</sup> mostram que as pessoas trans ainda encontram barreiras simbólicas e institucionais que inviabilizam o acesso desse direito. A ausência da efetividade de políticas de acolhimento, o desrespeito ao nome social, o constrangimento nos atendimentos e a patologização das identidades produzem uma forma de exclusão silenciosa, sustentada por estruturas cisnormativas profundamente arraigadas.

Butler<sup>19</sup> aponta que a matriz heteronormativa impõe regimes de inteligibilidade sobre os corpos, determinando quais vidas são reconhecidas como legítimas. No contexto da atenção primária à saúde, essa lógica se materializa quando os serviços operam a partir de um modelo de usuário padrão, cisgênero, heterossexual e biologicamente enquadrado, relegando os corpos de pessoas trans a margem da norma biomédica e como observa Bento<sup>7</sup> o corpo trans é

frequentemente lido como erro e o cuidado que lhe é destinado reflete essa percepção de anormalidade.

Assim, embora concebida como espaço de inclusão, a atenção primária à saúde frequentemente opera segundo lógicas disciplinares no sentido de poder, disciplina, normalização, saber e subjetivação. Na obra *Vigiar e Punir*, Foucault<sup>50</sup> demonstra que as disciplinas normalizam corpos e subjetividades por meio de vigilância, exame e correção. Nos serviços de saúde, essas técnicas se traduzem em práticas que condicionam o reconhecimento do sujeito à sua conformidade com padrões cisgêneros, convertendo o cuidado em dispositivo de regulação.

Essa dinâmica evidencia que o cuidado não é neutro, ele participa da disputa pelos significados de vida e humanidade, definindo quais existências são plenamente acolhidas e quais são tratadas como desvios a serem ajustados. Assim, a APS, ao mesmo tempo em que proclama integralidade, pode reproduzir mecanismos de normalização que marginalizam pessoas trans e reafirmam a cisnormatividade institucional<sup>50</sup>.

## **5.2. Formação profissional e reprodução da cisnormatividade**

Os achados de Gomes *et al.*<sup>48</sup> evidenciam que o despreparo técnico e ético das equipes da atenção primária à saúde constitui uma das principais barreiras de acesso para pessoas trans. A ausência sistemática de conteúdos sobre diversidade de gênero na formação inicial e nas práticas de educação permanente reforça uma epistemologia excludente, na qual a saúde enquanto campo de saber e poder continua ancorada em uma matriz biomédica que desautoriza experiências dissidentes e reforça hierarquias de legitimidade.

Nesse cenário, os dados de Shires *et al.*<sup>51</sup> ampliam a compreensão ao demonstrar que a capacidade de oferecer cuidado trans-competente depende não apenas de conhecimento técnico, mas de dimensões éticas e relacionais, como empatia, contato prévio com pessoas trans e menor nível de transfobia. Esses elementos revelam que a competência profissional é indissociável da capacidade de deslocar o olhar normativo e reconhecer a diversidade de gênero como constitutiva da vida social e, portanto, do cuidado em saúde.

A literatura analisada em diálogo os achados de Depret *et al.*<sup>52</sup> reforça que o distanciamento entre o ideal de um cuidado trans-competente e a experiência concreta dos usuários decorre de mecanismos institucionais persistentes que sustentam a cisnormatividade

como regra de funcionamento dos serviços. A insuficiência da formação profissional, a implementação precária de políticas e a histórica patologização das identidades de gênero configuram barreiras estruturais que antecedem o encontro clínico e moldam processos de exclusão.

Os resultados convergem para a compreensão de que diretrizes éticas e normativas, embora essenciais, são insuficientes quando não acompanhadas de transformações organizacionais capazes de deslocar pessoas trans do lugar de exceção para o centro das práticas cotidianas. Somente nessas condições a APS pode exercer seu papel de porta de entrada e de espaço de reconhecimento<sup>52</sup>.

Torna-se evidente que os limites para a consolidação de um cuidado trans-competente são predominantemente estruturais, ancorados na permanência de uma lógica institucional que naturaliza a cisgeneridade como norma organizadora do cuidado. Embora documentos oficiais enfatizem acolhimento, escuta qualificada e autodeterminação de gênero, a realidade dos serviços demonstra a dificuldade de traduzir tais princípios em práticas efetivas, produzindo um hiato persistente entre o prescrito e o vivido no cotidiano da APS. Sem a transformação da cultura institucional que envolve formação crítica, reorganização dos processos de trabalho e responsabilização das equipes, o cuidado trans permanece condicionado à sensibilidade individual dos profissionais. Essa dependência, por sua vez, reproduz desigualdades históricas, atravessa o encontro clínico e antecipa a precarização da própria atenção ofertada às pessoas trans<sup>52</sup>.

### **5.3 Invisibilidade e precarização do cuidado: A atenção primária à saúde como território de disputa**

A invisibilidade de pessoas trans na atenção primária à saúde é uma forma sofisticada de exclusão, que não se traduz apenas em ausência de dados ou estatísticas, mas em um silenciamento institucional que define quem é digno de cuidados e quem é sistematicamente esquecido.

Como afirmam os autores<sup>47,49</sup>, a invisibilidade se manifesta no não uso do nome social, na recusa em registrar o gênero autodeclarado e na negação de procedimentos básicos. Essa microviolências se somam à precarização estrutural da atenção primária à saúde marcando a

fragilidade institucional e a escassez de políticas trans-específicas perpetuam o que Menezes *et.al*<sup>47</sup> chamam de "preconceito velado", que se expressam em olhares, silêncios e práticas sutis de exclusão. Essa situação se agrava também pela precarização das condições de trabalho na atenção primária à saúde e pela sobrecarga dos profissionais, o que limita o tempo e a disponibilidade para o acolhimento integral.

A frágil materialização das políticas de equidade aprofunda esse cenário. Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e demais normativas apresentem avanços significativos no plano jurídico, os estudos evidenciam que tais diretrizes não se traduz de modo uniforme no cotidiano da APS, produzindo uma distância estrutural entre o direito formal e a micropolítica do cuidado. Na prática, as políticas dependem da capacidade institucional de enfrentar valores cisnormativos e rotinas excludentes que operam silenciosamente nos serviços. Como resultado, o princípio da universalidade transforma-se em retórica e o atendimento à população trans passa a depender do compromisso individual de alguns profissionais sensíveis à causa, ao invés de ser um dever institucionalizado<sup>47</sup>.

Ao revisar a literatura torna-se evidente a urgência em romper com a lógica da tolerância, substituindo-a por uma ética do reconhecimento, onde não se trata de apenas aceitar a presença de pessoas trans no SUS, mas de reorganizar os cuidados a partir de suas existências, compreendendo-as como sujeitos de direito e produtores de saberes sobre si.

#### **5.4 Experiências internacionais de cuidados trans**

Estudos internacionais revelam estratégias que podem inspirar o contexto brasileiro; Clark *et al.*<sup>53</sup> evidenciam que 47% dos jovens trans canadenses deixaram de procurar atendimento de saúde por medo de discriminação ou falta de profissionais capacitados. Essa constatação aponta que o acolhimento é determinante de acesso e não apenas um detalhe técnico.

Townsend *et al.*<sup>54</sup> propuseram a triagem universal de gênero como ferramenta simples e eficaz para ampliar o reconhecimento e a visibilidade da população trans na atenção primária à saúde, ao incluir perguntas sobre gênero e identidade nos formulários de anamnese, criando-se uma cultura institucional de respeito, garantindo o registro e acompanhamento adequado das demandas específicas.

De forma convergente, Depret *et al.*<sup>52</sup> mostram que os desafios observados em países como Canadá, Estados Unidos e Colômbia também se repetem no Brasil, indicando que a dificuldade de acessar a APS entre pessoas trans é parte de um padrão internacional marcado pela cisnormatividade e pelo despreparo profissional. Assim como evidenciado nos estudos da seção anterior, a revisão integrativa conduzida pelos autores demonstra que a discriminação simbólica, as lacunas formativas e a fragilidade das políticas de acolhimento operam como barreiras estruturais que antecedem o encontro clínico.

Essa convergência entre diferentes contextos demonstra que a transformação da atenção primária à saúde depende menos de recursos financeiros e mais de vontade política e compromisso ético, reforçando o papel das práticas afirmativas e do cuidado centrado na pessoa<sup>50</sup>.

### **5.5. Interseccionalidade e vulnerabilidade ampliadas**

A Análise dos estudos revela que o acesso à saúde das pessoas trans não pode ser compreendido apenas a partir da identidade de gênero. Ele se constitui em um campo de desigualdade, onde gênero, raça, classe, geração e território interagem de forma dinâmica, produzindo experiências singulares de exclusão e resistência.

O conceito de interseccionalidade, introduzido por Crenshaw<sup>34</sup> e ampliado por Akotirene<sup>39</sup> permite compreender que as vulnerabilidades sociais não são somatórias, mas estruturais. No caso das pessoas trans, a intersecção entre gênero dissidente e outros marcadores sociais resulta em múltiplas camadas de violência, material, simbólica e institucional, que limitam o exercício do direito à saúde.

No contexto brasileiro, as pesquisas de Rogério *et. al.*<sup>56</sup>, Menezes *et al.*<sup>47</sup> e os dados da ANTRA<sup>40,41</sup> evidenciam que travestis e mulheres trans negras e periféricas estão entre as principais vítimas de exclusão e violência, tanto nas ruas quanto nos serviços públicos. Esses corpos, sistematicamente racializados e marginalizados, são também os mais ausentes nas estáticas de cuidado. Como observa Sueli Carneiro<sup>43</sup>, o racismo e o sexismo estruturam o acesso aos direitos, criando um padrão de humanidade seletiva, no qual apenas algumas vidas são vistas como dignas de cuidado. Essa dignidade estrutural é intensificada pelo modelo

hegemônico de atenção à saúde, que ainda opera a partir de categorias universais e neutras, inviabilizando as particularidades de grupos historicamente oprimidos.

A noção de universalidade do SUS, quando não mediada pela equidade, corre risco de reproduzir o que Akotirene<sup>39</sup> chama de "Falsa Neutralidade", uma igualdade formal que ignora as diferenças estruturais e por isso perpetua desigualdade. Os achados da revisão reforçam que tais desigualdades não são apenas operacionais, mas estruturais; As barreiras simbólicas, institucionais e formativas descritas nos estudos analisados revelam uma epistemologia excludente, sustentada por valores cisnormativos e um modelo biomédico que ainda define legitimidade a partir da conformidade corporal e identitária. Essa lógica, ao invisibilizar vivências trans dissidentes, naturaliza práticas de exclusão que antecedem o encontro clínico e se perpetuam nos dispositivos de gestão e cuidado.

Nesse sentido, a interseccionalidade não deve ser entendida apenas como ferramenta de análise, mas como categoria política de ação. Uma atenção primária verdadeiramente equitativa deve reconhecer que o território é atravessado por relações de poder e que a produção do cuidado precisa considerar essas hierarquias para não fortalecer a exclusão<sup>39</sup>.

A prática da equidade exige que o Estado e os profissionais de saúde assumam uma postura ativa e antidiscriminatória, reposicionando o cuidado com forma de reparação histórica e de justiça social. Portanto, o enfrentamento da vulnerabilidade trans não pode ser fragmentado, nem universalizado, ele precisa ser interseccional, situado e crítico, reconhecendo as diferenças como condições concretas da vida e não como desvio da norma<sup>36</sup>.

## **5.6 A ética do cuidado como horizonte político**

A discussão sobre cuidado à população trans ultrapassa as dimensões técnicas e operacionais da assistência. Ela demanda uma reflexão ética e política sobre o que significa cuidar em um sistema de saúde que ainda reproduz práticas excludentes e normalizadoras. O cuidado neste contexto deve ser compreendido como ato político de reconhecimento e afirmação da vida e não como gestão paternalista ou tolerante.

Autores como Campos *et al.*<sup>16</sup> defendem que a integralidade do cuidado só se realiza quando há uma relação dialógica entre profissionais e usuários, marcada pela escuta e pela corresponsabilidade. No caso de pessoas trans, essa integralidade implica o reconhecimento da

diferença como fundamento do cuidado e não como obstáculo. Trata-se de deslocar lógica clínica para lógica da escuta, onde o sofrimento e o corpo trans são compreendidos a partir da própria experiência vivida e não da norma biomédica.

Judith Butler<sup>19</sup> acrescenta que o reconhecimento de vidas trans como vidas dignas é um ato prático e político: reconhecer é fazer existir socialmente. Nesse sentido, promover o cuidado trans-competente também é um gesto de resistência contra o poder disciplinar, um modo de reconfigurar o espaço clínico como território de escuta e libertação.

A ética do cuidado, portanto, não se restringe a compaixão ou a empatia individual, ela se concretiza na forma como as instituições são organizadas, como os corpos são acolhidos e como o Estado reconhece seus cidadãos<sup>56-58</sup>. Cuidar eticamente implica redistribuir poder dentro do sistema de saúde, deslocar o saber técnico do centro e recolocar o sujeito como protagonista de sua própria história. Assim, a atenção primária à saúde deve ser compreendida como um espaço de produção de cidadania onde o ato de cuidar é indispensável à luta por direitos, nesse sentido, a ética do cuidado é uma ética política<sup>59</sup>, pois cuidados de corpos vulnerabilizados é questionar as estruturas que produzem vulnerabilidade, como afirmada por Honneth<sup>60</sup>, o reconhecimento é a base do desenvolvimento moral, sem ele, não há dignidade e sem dignidade, não há justiça possível.

Esses movimentos são interdependentes e somente produzem mudanças quando sustentados por uma ética de reconhecimento que compreende o cuidado não como ato técnico ou benevolente, mas como ato político e moral da validação do outro. Sob perspectiva, a ética do cuidado confronta diretamente os mecanismos institucionais de exclusão e afirma que vidas trans são dignas de cuidados, respeito e presença na agenda pública, portanto, o horizonte do cuidado da população trans deve ser a radicalidade ética do reconhecimento, enxergar o outro como sujeito pleno, detentor da voz, corpo e desejo legítimos<sup>60</sup>.

## 6. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa da literatura alcançou seu propósito ao revelar com rigor metodológico e sensibilidade ética que o acesso das pessoas trans à atenção primária à saúde segue atravessando fronteiras que não são naturais, mas construídas.

Ao tensionar o que se faz e o que se anuncia, evidencia-se que apesar dos avanços normativos, os cuidados permanecem limitados por práticas estruturais que reproduzem desigualdade históricas; Confirma que não se trata apenas de reconhecer a existência de barreiras, mas de compreender que elas são produtos de políticas insuficientemente implementadas, formações profissionais incompletas e culturas institucionais que ainda operam sob a lógica da cisnormatividade. Portanto, as barreiras não se localizam apenas nas portas dos serviços, mas também na formação, nos mecanismos institucionais e nas ausências silenciosas que se acumulam no cotidiano do cuidado. Em resumo, essa revisão confirma que o direito existe, mas o acesso, nem sempre.

Entre as potencialidades, este trabalho amplia a visibilidade de experiências que historicamente tem sido empurrada para os cantos da política e para as margens do sistema de saúde. Ao reunir diferentes contextos, reforça que a luta por acesso e reconhecimento não é isolada, mas parte de um movimento coletivo que reivindica a dignidade, humanidade e presença legítima nos serviços de saúde. Produz um mosaico crítico e sensível, capaz de reunir fragmentos de pesquisas, vivências e análises que quando articuladas, relevam não apenas as falhas estruturais, mas também a potência transformadora da atenção primária quando guiadas por vínculo, responsabilidade e escuta. Mostra que cuidar de pessoas trans não é exceção, mas parte do compromisso ético de qualquer serviço que se queira público, justo e inclusivo.

Reconhecem-se, contudo, fragilidades inerentes ao campo estudado, pela escassez de pesquisas sobre a temática quanto da repetição de modelos investigativos com insuficiente abordagem das interseccionalidade que atravessam a vida das pessoas trans. Essas lacunas não diminuem valor desta revisão, antes, reforçam a urgência de ampliar investigações que considerem raça, território, classe, geração e história como dimensões inseparáveis do cuidado e fortalecer metodologias que incluam a voz e a perspectiva das próprias pessoas trans.

O estudo se insere de forma profunda na Enfermagem de Família e Comunidade, área que compreende o território como vivo de produção de saúde e reconhece o cuidado como encontro, reconhecimento e responsabilidade, que tem no vínculo, na escuta e na defesa da equidade seus pilares centrais. A enfermagem, especialmente no contexto da atenção primária à saúde, possui a potência singular de romper o silêncio, quanto situada politicamente e comprometida com a justiça social, tem potencial para romper práticas excludentes, tensionar rotinas institucionais e afirmar o cuidado como ferramenta de transformação. Nesse sentido emerge como protagonista na construção de uma Atenção primária à saúde que não apenas

acolhe, mas legitima corpos, experiências e modos de existir. É nesse espaço que a técnica encontra a ética e onde o cuidado deixa de ser um procedimento para torna-se gesto político.

Por fim, esta revisão aponta caminhos que ainda precisam ser trilhados; Pesquisas futuras devem investigar práticas trans-competentes no cotidiano dos serviços, avaliar processos formativos que produzam profissionais capazes de acolher a diferença e explorar o impacto das políticas públicas na vida concreta das pessoas trans, especialmente em territórios marcados pela vulnerabilidade. Avançar nessa agenda é afirmar que a saúde não é um privilégio, mas um direito, não é concessão, mas conquista, não é favor, mas exercício concreto da cidadania, é mais que protocolo, é presença, compromisso e coragem. Construir uma atenção primária inclusiva é, portanto, um gesto técnico, político e ético de defesa em toda sua diversidade, é sobretudo, a afirmação de que toda vida merece cuidado e que nenhuma vida é negociável.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2025.
2. PEREIRA, C. A.; CHAZAN, L. I. C. O acesso das pessoas transexuais e travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1–11, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795). Acesso em: 21 ago. 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Equidade em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saudedobrasil/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude>. Acesso em: 21 ago. 2025.
4. ESCOREL, Sônia. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 21–32, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2025.
5. LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 11–21, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>. Acesso em: 21 ago. 2025.
6. ARÁN, M.; MURTA, D. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 15–41, 2009. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/resources/crt/central-de-arquivos/prevencao/bibliografia-de-apoio/transsexualidadeepolitica.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2025.
7. BENTO, B. *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/26037/1/Transviadas-BereniceBento-2017-EDUFBA.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2025.
8. SOUZA, L. V. et al. Desafios do cuidado em saúde à população trans: revisão narrativa. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, v. 10, p. 67–76, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v15i3>. Acesso em: 21 ago. 2025.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em: 21 ago. 2025.

10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 21 ago. 2025.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Astana: Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. Astana, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2211376b-d04d-4da8-bd99-8c5ffa2f426c/content>. Acesso em: 21 ago. 2025.
12. STARFIELD, Bárbara. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press, 1998. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1484414/pdf/ijic2001-200136.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2025.
13. GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2025.
14. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes\\_Atencao\\_Saude\\_Eugenio\\_2ed.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.pdf). Acesso em: 22 ago. 2025.
15. DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>. Acesso em: 22 nov. 2025.
16. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 35–50.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (Caderno de Atenção Básica nº 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 16 nov. 2025.
18. DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/5095964\\_Policies\\_and\\_strategies\\_to\\_promote\\_social\\_equity\\_in\\_health\\_Background\\_document\\_to\\_WHO\\_-\\_Strategy\\_paper\\_for\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe). Acesso em: 22 ago. 2025.

19. BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. Disponível em: [https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/869762/mod\\_resource/content/0/Judith%20Butler-Problemas%20de-g%C3%AAnero.Feminismo%20e%20subvers%C3%A3o-da%20identidade-Civiliza%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira-%202018.pdf](https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/869762/mod_resource/content/0/Judith%20Butler-Problemas%20de-g%C3%AAnero.Feminismo%20e%20subvers%C3%A3o-da%20identidade-Civiliza%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira-%202018.pdf). Acesso em: 24 ago. 2025.
20. FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1979. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1226/foucault\\_historiadasexualidade.pdf](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1226/foucault_historiadasexualidade.pdf). Acesso em: 24 ago. 2025.
21. BENTO, Berenice. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. 3. ed. Rio de Janeiro: Devires, 2017. Disponível em: <https://dspace.unisa.br/server/api/core/bitstreams/fea1830f-13e7-4307-b1b1-5de1441a93f2/content>. Acesso em: 24 ago. 2025.
22. APOLINÁRIO, Eleonora Beatriz Ramina et al. As representações do movimento de Stonewall nos Estados Unidos (1969) - “Stonewall - a luta pelo direito de amar” (1995) e “Stonewall: onde o orgulho começou” (2015). Epígrafe, São Paulo, v. 7, n. 7, p. 97-108, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/epigrafe/article/view/154048/155550>. Acesso em: 16 nov. 2025.
23. GOMES, S. M.; XAVIER, M. C. F.; FONSECA, P. R. da; SOUZA, D. A. L. de; NAGASHIMA, A. M. S. Cuidado em Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva (Barueri), v. 16, n. 100, p. 17226–17235, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v16i100p17226-17235>. Acesso em: 16 nov. 2025.
24. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Gender Dysphoria (DSM-5, factsheet). Washington, DC: APA, 2016. Disponível em: [https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/apa\\_dsm-5-gender-dysphoria.pdf](https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/apa_dsm-5-gender-dysphoria.pdf). Acesso em: 27 set. 2025.
25. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Gender dysphoria diagnosis (overview). Washington, DC: APA, 2022. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis>. Acesso em: 27 set. 2025.
26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Gender incongruence and transgender health in the ICD-11. Genebra: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>. Acesso em: 27 set. 2025.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html). Acesso em: 27 set. 2025.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html). Acesso em: 27 set. 2025.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Brasília, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html). Acesso em: 27 set. 2025.
30. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm). Acesso em: 27 set. 2025.
31. STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (Brasil). ADI 4.275/DF – Alteração de prenome e sexo no registro civil. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:supremo.tribunal.federal;plenario:acordao:adi:2018-03-01;4275-2691371>. Acesso em: 27 set. 2025.
32. CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). Deputada Federal Erika Hilton – biografia e perfil parlamentar. Brasília, 2023–2025. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/deputados/220645>. Acesso em: 03 out. 2025.
33. FREITAS, F. L. S. BERMÚDEZ, X. P. C. D.; MERCHÁN-HAMANN, E. et al. Vulnerabilidade social e programática no contexto da saúde de pessoas transgênero: uma revisão exploratória. *International Journal for Equity in Health*, v. 23, p. 272, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02359-1>. Acesso em: 03 out. 2025.
34. CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex. *University of Chicago Legal Forum*, v. 1989, n. 1, p. 139–167, 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Acesso em: 05 out. 2025.
35. COLLINS, Patricia Hill. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. 2. ed. New York: Routledge, 2000.
36. FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Cadernos Pagu*, n. 61, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449202100610007>. Acesso em: 27 out. 2025.

37. CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo. *Revista Estudos Feministas*, v. 11, n. 1, p. 49–54, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2003000100004>. Acesso em: 08 out. 2025.
38. RIBEIRO, Djamila. O que é lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento; Justificando, 2017. Disponível em: <https://www.sindjorce.org.br/wp-content/uploads/2019/10/RIBEIRO-D.-O-que-e-lugar-de-fala.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2025.
39. AKOTIRENE, Carla. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais). Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade\\_\(Feminismos\\_Plurais\)\\_-\\_Carla\\_Akotirene.pdf?1599239359](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_(Feminismos_Plurais)_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359). Acesso em: 27 set. 2025.
40. ANTRA. Dossiê: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília: ANTRA, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2023/01/dossieantra2023.pdf>. Acesso em: 16 set. 2025.
41. ANTRA. Dossiê ANTRA 2024 (web). Brasília: ANTRA, 2024. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2024/01/dossieantra2024-web.pdf>. Acesso em: 27 set. 2025.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2017.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf). Acesso em: 16 nov. 2025.
43. CARNEIRO, F. A.; LINCH, G. F.; PAZ, A. A. Desigualdade da distribuição de profissionais de enfermagem no contexto brasileiro. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244551> Acesso em: 16 nov. 2025.
44. BOTELHO, L. L. R. CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121–136, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Acesso em: 14 nov. 2025.
45. CARNEIRO, F. A.; LINCH, G. F.; PAZ, A. A. Desigualdade da distribuição de profissionais de enfermagem no contexto brasileiro. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244551> Acesso em: 16 nov. 2025.
46. BOTELHO, L. L. R. CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121–136,

2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Acesso em: 14 nov. 2025.
47. MENEZES, Lucas; CARRASCO, Larissa; MURGO, Camélia; RAHE, Bernardo. Invisibilização e preconceitos velados: barreiras para o acesso aos serviços de atenção básica pela população trans. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 19, n. 46, p. 3961, 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3961>. Acesso em 19 nov. 2025.
48. GOMES, Denildo de Freitas; TEIXEIRA, Enéas Rangel; SAUTHIER, Marta; PAES, Graciele Oroski. Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/99rf9ytfQXxmXYWLF8JQx4k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 nov. 2025.
49. PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Cláudia Santos. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1795, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795/985> Acesso em 19 nov. 2025
50. FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1979. Disponível em: [https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17637/material/Foucault\\_Vigiar%20e%20punir%20I%20e%20II.pdf](https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17637/material/Foucault_Vigiar%20e%20punir%20I%20e%20II.pdf). Acesso em: 14 nov. 2025.
51. SHIRES, Deirdre A.; STROUSMA, Daphna; JAFFEE, Kim D.; WOODFORD, Michael R. Primary care clinicians' willingness to care for transgender patients. *Anais de Medicina Familiar*, p. 555-558, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2298>. Acesso em: 16. nov. 2025
52. DEPRET, Davi; NETO, Mercedes; ACIOLI, Sonia E.; CABRAL, Ivone E.; CARAVACA-MOREIRA, Jaime; RAFAEL, Ricardo M. R. Acesso de travestis e mulheres transexuais a serviços de atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8595> . Acesso em: 16 nov. 2025
53. CLARK, Beth A.; VEALE, Jaimie F.; GREYSON, Devon; SAEWYC, Elizabeth. Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults., *Family Practice*, V.35, Ed.3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz112>. Acesso em 16 nov. 2025.
54. TOWNSEND, Marria; BENJAMIN, Drew; CLARK, Andrew. Universal gender screening: a simple strategy to enhance primary care for transgender and gender diverse people. *Family Practice*, v. 39, n. 5, p. 985-987, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab176>. Acesso em: 19 nov. 2025

55. BARBOSA, Paulo Rogério Nunes; ROMANO, Valéria Ferreira. As pessoas transexuais e travestis e a invisibilidade na Atenção Primária à Saúde. *HU Revista*, v. 50, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download/45762/28125>. Acesso em: 19 nov. 2025
56. KNIGH, Rosemary; SHOVELLER, Jean; CARSON, Angela; WHITNEY, Elena C. “A void in our community”: Exploring the complexities of delivering and implementing primary care services for transgender individuals in Northern Ontario. *Primary Health Care Research & Development*, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1463423624000203>. Acesso em: 19.Nov. 2025
57. HINRICHS, Amanda; LINK, Carrie; SEAQUIST, Lea; EHLINGER, Peek; ALDRIN, Stephanie; PRATT, Rebekah. Transgender and Gender Nonconforming Patient Experiences at a Family Medicine Clinic. *Academic Medicine*, v. 93, n. 1, p. 76-81, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29153745>. Acesso em: 19 nov. 2025
58. DUTRA SEHNEM, Graciela; LIMA RODRIGUES, Rodrigo; MENDES LIPINSKI, Jussara; DEITOS VASQUEZ, Maria Eduarda; SCHMIDT, Alessandra. Assistência em saúde às travestis na atenção primária: do acesso ao atendimento. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 11, n. 4, p. 1676–1684, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15238>. Acesso em: 19 nov. 2025.
59. ZIEGLER, Erin; VALAITIS, Ruta; CARTER, Nancy; YOST, Cathy; RISDON, J. Exploring the implementation and delivery of primary care services for transgender individuals in Ontario: Case study protocol. *Primary Health Care Research & Development*, v. 21, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434629>. Acesso em: 19 nov. 2025
60. HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2003. Disponível em: <https://www.trt13.jus.br/institucional/ejud/material-dos-cursos-e-eventos/anos-antiores/cursos-de-2014/9-teoria-critica-e-direito-06-a-08-de-agosto/honneth-luta-por-reconhecimento.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.