



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

CAIO SILAS SILVA FAHEINA

**LUGAR DO ESTIGMA: UMA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE PESSOAS
TRANSGÊNERO NA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO GOVERNO DO CEARÁ**

FORTALEZA

2025

CAIO SILAS SILVA FAHEINA

LUGAR DO ESTIGMA: UMA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE PESSOAS
TRANSGÊNERO NA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO GOVERNO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Milena Marcintha Alves Braz.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F1441 Faheina, Caio Silas Silva.
Lugar do estigma : uma avaliação da Assistência de pessoas transgênero na rede estadual de saúde do Governo do Ceará / Caio Silas Silva Faheina. – 2025.
108 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Milena Marcintha Alves Braz.
Coorientação: Prof. Dr. Thiago Menezes de Oliveira.
1. Saúde trans. 2. Gênero. 3. Estigma. 4. Justiça espacial. 5. Avaliação de políticas públicas. I. Título.
CDD 320.6
-

CAIO SILAS SILVA FAHEINA

LUGAR DO ESTIGMA: UMA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE PESSOAS
TRANSGÊNERO NA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO GOVERNO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em 25/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Milena Marcintha Alves Braz (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Thiago Menezes de Oliveira.(Co-orientador)
Banco do Nordeste do Brasil (BNB)

Prof. Dr. Prof. Dr.^a. Maria de Nazaré Moraes Soares
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Prof. Dr.^a. Aline Veras Morais Brilhante
Universidade de Fortaleza (Unifor)

À memória de Dandara dos Santos.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não é apenas o resultado de uma pesquisa, mas a síntese de muitas presenças, gestos de incentivo e mãos estendidas ao longo do caminho. Iniciei o mestrado em meio à pandemia de covid-19, em um tempo marcado por incertezas, distanciamentos e reinvenções. Por isso, esta jornada também carrega a densidade e a força de um período que nos desafiou de forma profunda, tanto individual quanto coletivamente.

Aos meus pais, Divanir e Ismael, minha origem e meu alicerce, agradeço por torcerem com entusiasmo e celebrarem cada passo, dos menores aos mais marcantes.

Às amigas e amigos que sonham junto — em especial Kaliana Medeiros, Evelyn Barreto, Wania Caldas, Manuela Barroso, Carolina Portelina e Luciana Arruda —, meu abraço apertado. Vocês me lembram, todos os dias, que não se caminha sozinho.

Ao Gustavo Colares, por me incentivar a retornar à sala de aula e, mais do que isso, por enxergar em mim a potência que, às vezes, eu mesmo esquecia.

À equipe de Comunicação da Secretaria da Saúde do Ceará (2021–2023), por termos construído coletivamente um projeto de comunicação pública em saúde pautado por compromisso ético e sensibilidade. O que vivemos ali ainda reverbera em mim.

Aos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Ceará, pela coragem diária de cuidar; e a todas as pessoas que atuam na educação, por lançarem sementes com esperança, mesmo sem saber quando germinarão.

À minha orientadora, professora Milena Marcintha, por sua escuta atenta, rigor intelectual e condução generosa. Seu olhar ampliado sobre o mundo e sobre a pesquisa foi essencial para que este trabalho se realizasse. Em seu nome, agradeço também a todo o corpo docente do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da UFC, pelo compartilhamento de saberes, pelas provocações críticas e pelo acolhimento.

“Ser quem eu sou foi a maior conquista da minha vida. E ser quem eu sou me fez perder muito, mas ganhar a mim mesmo”.

(João W. Nery)

RESUMO

Esta dissertação avalia a assistência em saúde oferecida à população transgênero na rede estadual do Ceará, com foco no Serviço Ambulatorial Transdisciplinar para Pessoas Transgênero (Sertrans), criado em 2017 pelo Governo do Estado. Adotando uma abordagem qualitativa e avaliativa, fundamentada na perspectiva contra-hegemônica da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008), o estudo analisa os efeitos simbólicos, estruturais e territoriais da implementação do Sertrans, especialmente durante o período em que esteve alocado em um hospital psiquiátrico. A pesquisa baseia-se em observação participante, aplicação de questionário a usuários(as) do serviço e análise documental. O marco teórico articula contribuições da saúde pública, da justiça espacial, da teoria crítica e de gênero para compreender como a localização institucional e as dinâmicas internas do serviço impactam o acesso, o acolhimento e a dignidade das pessoas trans. Os resultados indicam que a permanência do Sertrans em uma unidade psiquiátrica até março de 2025 reforçou estigmas ao associar a transexualidade à patologia mental, limitando a legitimidade simbólica do cuidado oferecido. Por outro lado, evidenciam o potencial do serviço na construção de um cuidado integral, ancorado no atendimento multiprofissional sensível às demandas da população trans. A avaliação identificou ainda desafios estruturais como a demora no acesso, a ausência de homologação federal do serviço e a centralização da assistência em Fortaleza. A mudança de sede para o Hospital Universitário do Ceará, em 2025, é interpretada como um marco simbólico relevante no enfrentamento ao estigma, por romper com a localização anterior em um hospital psiquiátrico. No entanto, essa mudança espacial não elimina a persistência de lógicas psicopatologizantes na estrutura do atendimento, evidenciada, por exemplo, pela exigência de pareceres psicológicos ou psiquiátricos para acesso a determinados procedimentos. Conclui-se que, para alcançar maior efetividade, o Sertrans demanda o fortalecimento institucional, a descentralização dos serviços e a consolidação de políticas públicas orientadas por justiça espacial e participação social.

Palavras-chave: saúde trans; gênero; estigma; justiça espacial; avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

This dissertation evaluates the healthcare services provided to the transgender population within the state public health network of Ceará, focusing on the Transdisciplinary Outpatient Service for Transgender People (Sertrans), created in 2017 by the State Government. Adopting a qualitative and evaluative approach, grounded in the counter-hegemonic perspective of in-depth evaluation (Rodrigues, 2008), the study analyzes the symbolic, structural, and territorial effects of Sertrans's implementation, particularly during the period it was located within a psychiatric hospital. The research is based on participant observation, a questionnaire applied to service users, and document analysis. The theoretical framework brings together contributions from public health, spatial justice, critical theory, and gender studies to understand how the institutional location and internal dynamics of the service impact access, reception, and the dignity of trans people. The findings indicate that Sertrans's presence in a psychiatric facility until March 2025 reinforced stigma by associating trans identities with mental illness, undermining the symbolic legitimacy of the care provided. On the other hand, the study highlights the service's potential for delivering comprehensive care, grounded in a multidisciplinary approach sensitive to the needs of the trans population. The evaluation also identified structural challenges, such as delays in access, lack of federal recognition of the service, and the concentration of care in Fortaleza. The relocation of Sertrans to the Ceará University Hospital in 2025 is interpreted as a significant symbolic shift in confronting stigma, as it breaks with the prior association with psychiatric care. However, this spatial change does not eliminate the persistence of psychomedical logics within the service structure, evidenced, for example, by the requirement of psychological or psychiatric reports to access certain procedures. The study concludes that, to achieve greater effectiveness, Sertrans requires institutional strengthening, service decentralization, and the consolidation of public policies guided by spatial justice and social participation.

Keywords: trans health; gender; stigma; spatial justice; public policy evaluation.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – atendimentos realizados pelo Sertrans de novembro de 2017 a março de 2025.....	68
Gráfico 2 – Perfil sociodemográfico das pessoas atendidas pelo ambulatório Sertrans.....	73
Gráfico 3 – Município de origem das pessoas atendidas pelo Sertrans.....	76
Gráfico 4 – Tempo de atendimento e tempo de espera para a primeira consulta no Sertrans..	79
Gráfico 5 – Avaliação geral do Sertrans por pacientes respondentes do questionário físico....	83
Gráfico 6 – Palavras mais citadas como aspectos positivos e negativos do Sertrans, segundo pacientes.....	85
Gráfico 7 – Críticas e sugestões de melhoria apontadas por pacientes do Sertrans.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DPU	Defensoria Pública da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HSM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
HUC	Hospital Universitário do Ceará
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Intersexuais, Assexuais, e outras identidades
MAPP	Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
Sesa	Secretaria da Saúde do Ceará

Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	GÊNERO, SAÚDE E JUSTIÇA ESPACIAL: BASES TEÓRICAS DA PESQUISA	28
2.1	Gênero e transgeneridade: além da performance	28
2.2	Saúde, um bem-estar físico, mental e social	34
2.3	Políticas públicas, justiça espacial e políticas de saúde	39
3	PERSPECTIVAS AVALIATIVAS E METODOLÓGICAS	45
3.1	Perspectiva avaliativa	45
3.1.1	<i>Quanto ao levantamento dos dados</i>	50
3.1.2	<i>Descrição dos instrumentos de coleta</i>	53
3.1.3	<i>Quanto à análise dos dados</i>	54
3.1.4	<i>Quanto ao locus e aos sujeitos da pesquisa</i>	55
4	PERCURSO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL	56
4.1	Do estigma à política: marcos históricos da saúde LGBTQIA+ no Brasil	56
4.2	Vulnerabilidades e violências	61
4.3	A pressão social e a resposta institucional	64
5	AMBULATÓRIO SERTRANS: INCLUSÃO OU PRODUÇÃO DE MARGENS?	69
5.1	Números e símbolos: análise crítica da implementação e dos desafios institucionais	69
5.2	O (não) perfil de quem busca acolhimento	72
5.3	Descompasso entre o tempo institucional e a urgência do tempo individual	80
5.4	Avaliação do serviço	84
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	103
	ANEXO A – DADOS BRUTOS DA PESQUISA DE CAMPO	108

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a psiquiatria e os manuais de psicopatologia classificaram as experiências trans como patologias. O termo “transtorno de identidade de gênero” foi utilizado tanto na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), quanto no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria.

No entanto, essa concepção tem sido amplamente contestada por movimentos trans e por pesquisadores críticos da medicalização da diferença de gênero. Em 2013, com a publicação do DSM-5, o termo “transtorno de identidade de gênero” foi substituído por “disforia de gênero”, buscando mitigar o caráter patologizante da categoria. Posteriormente, em 2019, a OMS lançou a CID-11, na qual a “incongruência de gênero” foi realocada para a seção de condições relativas à saúde sexual, e não mais como transtorno mental. A mudança respondeu a uma reivindicação histórica do movimento trans internacional, incluindo organizações brasileiras de travestis e transexuais, e representa um marco simbólico na luta contra a patologização das identidades trans.

Em 2018, o Ministério dos Direitos Humanos (MDH) do Brasil se posicionou publicamente¹ sobre a retirada da transexualidade da lista de doenças mentais pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destacando que a medida representava um avanço significativo na promoção da cidadania e dos direitos humanos de pessoas trans. O órgão considerou que a decisão da OMS contribuiu para o enfrentamento do estigma historicamente associado às identidades trans e reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à inclusão, ao respeito à diversidade e à garantia de acesso igualitário a serviços de saúde, educação e trabalho.

Na contramão da atualização da diretriz, o Governo do Ceará iniciava, em 2018, a instalação Serviço Ambulatorial Transdisciplinar para Pessoas Transgênero (Sertrans) no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), em Fortaleza, em funcionamento na unidade até março de 2025². A medida respondia a cobranças de instituições como a

¹ GOVERNO DO BRASIL. **Organização Mundial da Saúde retira a transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais**. Ministério dos Direitos Humanos, 19 jun. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/4eMldXV>. Acesso em: 20 set. 2024

² Em março de 2025, o Governo do Ceará anunciou a mudança do ambulatório Sertrans para o Hospital Universitário do Ceará, com o objetivo de ampliar e qualificar o atendimento à população trans. A nova estrutura busca superar os estigmas da antiga localização em hospital psiquiátrico, oferecendo um ambiente mais adequado ao cuidado integral. Disponível em:

Defensoria Pública da União (DPU) e a Defensoria Pública do Estado do Ceará. Ambas recebiam manifestações da sociedade civil sobre a falta de atendimento ambulatorial especializado para “a realização de terapia hormonal”, além de queixas sobre “as dificuldades para aquisição de medicamentos e para realização de exames e cirurgia de redesignação sexual pelo Sistema Único de Saúde (SUS)³”.

Os pedidos de implementação do equipamento ganharam força após a repercussão, inclusive internacional⁴, do assassinato brutal da travesti Dandara dos Santos⁵, torturada até a morte em 2017, em bairro periférico de Fortaleza. O caso também acendeu o debate sobre a falta de tipificação penal à época para atos homofóbicos e transfóbicos, que passou a ser interpretado como crime de injúria racial pelo Supremo Tribunal Federal somente em 2019⁶.

Movimentos sociais e instituições de defesa dos direitos humanos, como as Defensorias Públicas do Estado e da União, pressionaram o governo estadual, à época, por políticas públicas que garantissem assistência em saúde a pessoas transexuais e travestis. Em resposta, o ambulatório especializado foi criado quase um ano após a tragédia. Contudo, até o momento, ele opera sem homologação do Ministério da Saúde, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁷, mesmo após transferência para o Hospital Universitário do Ceará. A homologação é um processo essencial para garantir que o serviço atenda aos padrões técnicos, legais e sanitários exigidos pelos órgãos reguladores, como o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde (estaduais e municipais) e a Vigilância Sanitária.

Em alguns casos, governos estaduais ou municipais podem optar por financiar temporariamente serviços não homologados utilizando recursos próprios, enquanto a regularização não é concluída. Esse recurso é excepcional e geralmente destinado a serviços que atendam demandas críticas ou sejam estratégicos para a região. É o caso do Sertrans, que,

<https://www.diversidade.ce.gov.br/2025/03/24/novo-espaco-do-ambulatorio-sertrans-amplia-atendimento-a-populacao-trans-no-ceara/>. Acesso em: 8 abr. 2025.

³ De acordo com o Ministério da Saúde, em atendimento a um pedido via Lei de Acesso à Informação para esta pesquisa, em 2024, somente dez serviços no País estão habilitados até então para oferecer procedimentos hospitalares de readequação sexual, sendo um no Nordeste, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Procedimentos ambulatoriais, por sua vez, estão presentes em 23 hospitais de 13 estados brasileiros. Ressalta-se que alguns serviços funcionam sem habilitação do Governo Federal.

⁴ **THE NEW YORK TIMES**. Video of transgender woman’s killing highlights violence in Brazil. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2017/03/08/world/americas/brazil-transgender-killing-video.html>. Acesso em: 27 jan. 2025.

⁵ Dandara dos Santos, de 42 anos, morreu em 15 de fevereiro de 2017, espancada por pelo menos 10 pessoas. O crime foi gravado e publicado nas redes sociais pelos próprios algozes. Todos os réus julgados foram condenados com as qualificadoras de motivo torpe (homofobia), meio cruel e sem chance de defesa para a vítima.

⁶ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF enquadra homofobia e transfobia como crimes de racismo ao reconhecer omissão legislativa. Brasília, 25 abr. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010>. Acesso em: 13 mai. 2025.

⁷ Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 01 out 2024.

até 2025, operava sem homologação do Ministério da Saúde, sendo mantido com recursos do Governo do Estado do Ceará para suprir uma lacuna histórica na assistência em saúde à população transgênero.

A manutenção precária do ambulatório, apesar de sua importância estratégica, evidencia as contradições de um modelo de atenção que ainda negligencia a institucionalização de políticas específicas para grupos historicamente marginalizados.

O Sertrans, primeiro e, até o momento, único ambulatório especializado no atendimento à população transgênero no Ceará, foi implementado pelo Governo do Estado em 2017. Até março de 2025, funcionou nas dependências do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), localizado no bairro Messejana, em Fortaleza.

A inserção do serviço em uma unidade psiquiátrica foi alvo de críticas desde sua criação, por reforçar associações históricas entre transexualidade e patologização. Em resposta a esse cenário, movimentos sociais e organizações da sociedade civil mobilizaram uma petição pública⁸ reivindicando a transferência do ambulatório para outro espaço da rede estadual de saúde, com o argumento de que a localização comprometeria o princípio do acolhimento e o respeito às especificidades dessa população. A mudança de sede só foi concretizada em março de 2025, com a inauguração do Hospital Universitário do Ceará, onde o Sertrans passou a funcionar, marcando um novo momento institucional do serviço — ainda que os efeitos simbólicos da localização anterior permaneçam como elementos centrais para a análise de sua trajetória.

Diante desse contexto, esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar o serviço de assistência realizado no ambulatório Sertrans na assistência em saúde à população transgênero no Ceará, com ênfase nos efeitos simbólicos, estruturais e territoriais da localização inicial do Sertrans em um hospital psiquiátrico. Para isso, propõe-se: **(i)** analisar a trajetória de implementação do ambulatório; **(ii)** investigar a percepção dos(as) usuários(as) sobre o serviço prestado; e **(iii)** identificar as potencialidades e desafios do Sertrans na promoção de um cuidado integral e não discriminatório.

Segundo Paugam (2015), a escolha de um tema é raramente neutra, sendo, geralmente, uma componente da experiência vivida pelo pesquisador. E aqui não seria diferente. Como pessoa pertencente à comunidade LGBTQIA+ e profissional com atuação

⁸ Criada em 2021 por Dan Kaio Lemos e Enzo Gomes, ativistas integrantes da Associação Transmasculina do Ceará (Atransce), a petição soma quase oito mil assinaturas. Acesso em: 10 de julho de 2024. Disponível em: <https://bit.ly/abaixoassinadotrans>. Acesso em: 03.Set.2024

nas áreas de comunicação pública e saúde, o interesse pela temática da saúde trans foi sendo consolidado por meio de vivências acadêmicas e profissionais.

Durante a graduação em Jornalismo, participei da criação do site *Fortalezas*⁹, que incluiu a reportagem *Fortaleza do Ser*, voltada às experiências de pessoas trans e travestis em Fortaleza. Posteriormente, atuei como jornalista na Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), coordenando pautas e conteúdos de unidades hospitalares, incluindo o próprio HSM. Nesse período, liderei a produção do *Guia de Diversidade – Igualdade no Serviço Público de Saúde do Ceará*¹⁰, voltado à qualificação do atendimento à população LGBTQIA+, reconhecido com o 3º lugar no Prêmio Gandhi de Comunicação¹¹. Essas experiências contribuíram para a construção de uma escuta sensível ao tema e despertaram o interesse em aprofundar, por meio da pesquisa avaliativa, as tensões entre cuidado e estigma institucionalizados.

Assim, esta dissertação articula elementos conceituais da saúde pública, da justiça espacial e das teorias críticas para analisar o percurso de uma política pública marcada por avanços pontuais, mas ainda tímida em sua institucionalização. Trata-se de uma iniciativa implementada, em grande medida, a reboque da mobilização social, com apoio de algumas entidades e instituições, mas sem consolidação plena como política de Estado. Ao observar o caso do Sertrans, busca-se contribuir com o debate sobre a inclusão de pessoas trans nas redes de atenção à saúde, bem como refletir sobre a importância da localização dos serviços como dimensão política e simbólica no enfrentamento das desigualdades estruturais.

Durante a elaboração desta dissertação, especulava-se que o equipamento seria transferido para o Hospital Universitário do Ceará. Essa mudança foi confirmada em março de 2025, quando o ambulatório passou a funcionar na nova unidade de saúde. A informação foi antecipada por uma fonte da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) durante o *Seminário Boas Práticas para a Atenção em Saúde às Pessoas Transgênero*¹², realizado em dezembro de 2024 na Escola de Saúde Pública Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE).

⁹ Disponível em: <https://abre.ai/jIMp>. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁰ CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Guia de Diversidade - Igualdade no Serviço Público de Saúde no Ceará**. Disponível em: <https://bit.ly/guiadiversidadesesace>. Acesso em: 1 out. 2024

¹¹ A iniciativa da Agência da Boa Notícia valoriza trabalhos que contribuem para a cultura de paz e o desenvolvimento humano como instrumento da harmonia social.

¹² **ESP-CE**. ESP/CE realiza seminário sobre atendimento especializado em saúde a pessoas transgênero. 2024. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/2024/12/12/espce-realiza-seminario-sobre-atendimento-especializado-em-saude-pessoas-transgenero/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

O Sertrans é classificado pela Sesa como um serviço de atenção à saúde de nível secundário e proporciona “acompanhamento relacionado ao processo transexualizador¹³ – do uso do nome social à adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social, passando pela introdução da hormonioterapia, com atendimento multiprofissional com assistentes sociais, endocrinologistas, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras¹⁴”.

A alocação do Sertrans em uma unidade hospitalar voltada majoritariamente ao atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e quadros de dependência química escancarou um desalinhamento entre as necessidades específicas da população trans e a vocação assistencial daquele espaço. Tal escolha institucional, ainda que inicialmente viabilizadora da oferta do serviço, reforçou estigmas historicamente associados à transexualidade, ao mesmo tempo em que comprometeu a ambiência e o acolhimento necessários à promoção de um cuidado qualificado. Mais do que a convivência com outros perfis de usuários, o que esteve em questão foi a ausência de uma estrutura adequada e de uma equipe multiprofissional sensível às especificidades do cuidado em saúde de pessoas trans, o que contraria os princípios da integralidade e da equidade previstos no SUS¹⁵, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Segundo Erving Goffman (1963), o estigma é um atributo, marca ou característica que desqualifica um indivíduo ou grupo perante a sociedade, resultando em discriminação e exclusão social. Em seu livro *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada* (1963), Goffman define o conceito como uma construção social que reduz a pessoa estigmatizada de uma condição “completa” e “normal” para uma identidade desvalorizada. Ele argumenta que o estigma não reside no atributo em si, mas na maneira como ele é percebido e avaliado por uma sociedade.

O autor identifica três tipos principais de estigma: físico, de caráter ou identidade pessoal e de pertencimento social. O primeiro está relacionado a deformidades ou condições

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 223, p. 77, 20 nov. 2013.

¹⁴ A normativa vigente no Ministério da Saúde que trata do processo transexualizador no SUS estabelece que a unidade de saúde deverá conter, na modalidade ambulatorial, no mínimo: um psiquiatra ou psicólogo; um assistente social; um endocrinologista ou um clínico geral. Já na modalidade hospitalar, deverá conter, no mínimo, além de um psiquiatra ou psicólogo, de um endocrinologista e de um assistente social: um médico urologista ou um médico ginecologista ou um cirurgião plástico. Nesta segunda modalidade, a equipe de Enfermagem deve contar com enfermeiros e técnicos de enfermagem dimensionados conforme Resolução COFEN 293 de 2004.

¹⁵ BRASIL. **Carta de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufs/aceso-a-informacao/programas-e-projetos/carta-de-direitos-dos-usuarios-do-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em: 11 jan. 2025.

corporais visíveis, como deficiências físicas. Por serem observáveis, esses atributos muitas vezes levam os indivíduos a serem julgados ou desvalorizados com base em padrões sociais de normalidade ou estética, resultando em exclusão e preconceito.

O segundo envolve traços percebidos como negativos, tais como um histórico de vício, doenças mentais ou comportamentos considerados desviantes. Este, por exemplo, pode ser aplicado no contexto do ambulatório Sertrans.

Já o último refere-se à discriminação associada a grupos específicos, como etnias, religiões ou classes sociais. Esse tipo de estigma opera por meio de estereótipos e preconceitos amplamente difundidos, que desvalorizam coletivamente grupos inteiros, afetando o acesso a direitos e oportunidades.

Entre os aspectos-chave do estigma, Goffman (1963) destaca a identidade deteriorada, em que o estigma afeta a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, criando um contraste doloroso entre o "eu" ideal e como ele é percebido socialmente. No caso das pessoas transgênero atendidas pelo ambulatório Sertrans, esse processo se manifesta de forma intensa, uma vez que, além de enfrentarem o julgamento externo por expressarem identidades de gênero não normativas, muitas vezes internalizam essas violências simbólicas, comprometendo a construção de uma autoimagem positiva.

Esse processo de estigmatização é sustentado por um arcabouço normativo que regula corpos e identidades, subordinando-os às leis da heterossexualidade compulsória e às expectativas cisnormativas (Magno, Dourado e Silva, 2018). Essa regulação não ocorre apenas no âmbito social, mas é reforçada por discursos científicos que, como aponta Leite Júnior (2012), enquadram a transexualidade dentro de uma lógica que associa identidades desviantes a categorias patologizantes ou criminosas. Dessa forma, ciência e normas sociais se entrelaçam para legitimar a marginalização de travestis e mulheres transexuais.

Não foi por acaso que, em grande parte do Ocidente, desde o século XIX, as lutas sociais e políticas pela descriminalização de algumas sexualidades vistas como desviantes, embora vitoriosas juridicamente, redundaram na patologização (direta ou indireta) dessas mesmas sexualidades (Leite Júnior, 2012, p. 8).

Essas dinâmicas de estigmatização refletem como os discursos médicos, jurídicos e sociais interagem para construir e sustentar a marginalização das identidades trans. Nesse contexto, os corpos e as vivências de travestis e mulheres transexuais são frequentemente tratados como desvios que devem ser corrigidos ou regulados, seja por meio da patologização

ou da criminalização. Essa perspectiva não apenas molda a percepção social sobre essas pessoas, mas também influencia a forma como políticas públicas e práticas institucionais são estruturadas, perpetuando exclusões que se manifestam em múltiplas dimensões, incluindo a saúde.

Jota Mombaça (2021) aborda o processo de estigmatização da transexualidade como um fenômeno complexo, intimamente ligado às estruturas de poder e exclusão social, o que também se observa no campo da saúde. De acordo com a autora, a transexualidade é frequentemente patologizada, ou seja, entendida sob a lente de um sistema biomédico que busca enquadrá-la como uma condição clínica ou desvio de normatividade. Esse processo contribui para reforçar estigmas e marginalizações em várias dimensões.

Esse enquadramento está intrinsecamente conectado ao espaço físico. O conceito de *justiça espacial*, formulado por David Harvey (1996)¹⁶, permite compreender como o espaço geográfico é produzido, apropriado e vivido de forma desigual pelas diferentes camadas sociais. Para o autor, o espaço não é um palco neutro onde a vida social se desenrola, mas um elemento ativo na reprodução das desigualdades. A justiça espacial, nesse sentido, diz respeito à distribuição equitativa dos recursos, serviços e impactos oriundos das políticas públicas e do desenvolvimento urbano.

No contexto desta pesquisa, a antiga localização do ambulatório Sertrans — dentro de um hospital psiquiátrico — representa uma expressão concreta de injustiça espacial. Embora a atenção à saúde mental deva ocorrer em espaços que respeitem os direitos e a dignidade das pessoas, a história das instituições psiquiátricas no Brasil está marcada por práticas de confinamento e exclusão. Assim, ao alocar um serviço voltado à população trans em um local historicamente associado à patologização de identidades dissidentes, o poder público reproduz camadas adicionais de estigma, comprometendo a ambiência de cuidado e desencorajando o acesso e a permanência desses sujeitos no serviço. Importa frisar que essa crítica não se volta à presença de pacientes com sofrimento psíquico, que igualmente enfrentam processos de exclusão, mas à inadequação institucional e simbólica de um espaço que deveria promover acolhimento, escuta qualificada e cuidado específico às demandas da população trans.

¹⁶ Opta-se aqui por adotar o conceito de justiça espacial a partir da perspectiva de David Harvey devido à ênfase crítica do autor nas relações entre capitalismo, estrutura urbana e desigualdade, aspecto que se mostra relevante para a análise da localização do Sertrans e de seus efeitos simbólicos. Embora Milton Santos também ofereça importantes contribuições para o debate sobre território e espaço, especialmente no contexto brasileiro, sua abordagem se orienta mais pela lógica da territorialidade e da racionalidade técnica e normativa dos espaços, o que se afasta da intenção analítica deste trabalho centrada na dimensão política do espaço como instrumento de produção (ou negação) de justiça social.

Assim, compreender a experiência dos(as) pacientes do Sertrans implica também refletir sobre como o espaço onde esse atendimento se dá contribui para a reprodução — ou superação — das desigualdades que marcam a vida de pessoas trans.

Soja (2010) argumenta que a geografia urbana reflete e perpetua relações de poder, e que grupos vulneráveis frequentemente ocupam ou são confinados a espaços que simbolizam ou ampliam sua exclusão social. No caso do ambulatório Sertrans, sua instalação dentro de um hospital psiquiátrico pode ser compreendida como a reprodução de uma política pública que, embora buscasse garantir acesso à saúde, acabou por reinscrever a transgeneridade dentro de uma lógica histórica de patologização e controle.

Ao situar o cuidado à população trans em um espaço tradicionalmente marcado pela psiquiatrização da diferença, o Estado não apenas reforçou estigmas, mas também atualizou dispositivos institucionais que associam identidades dissidentes a desvios clínicos, contrariando os avanços contemporâneos no campo dos direitos humanos e da saúde integral.

O conceito de “lugar” pode ser compreendido tanto em sua dimensão geográfica — como os espaços físicos onde ocorrem as interações sociais — quanto em sua dimensão simbólica, associada aos significados sociais, culturais e afetivos atribuídos a esses espaços. Para corpos trans, lugares como clínicas de saúde, hospitais, escolas e até mesmo espaços públicos podem carregar significados ambíguos ou francamente excludentes. Esses locais, que deveriam ser promotores de cidadania e cuidado, frequentemente operam como territórios de negação, onde a presença trans é lida como inadequada, suspeita ou desviante.

Nas unidades de saúde, por exemplo, é comum o constrangimento com o uso do nome social, a recusa ou despreparo de profissionais em lidar com demandas específicas e a ausência de protocolos voltados à atenção integral. Já em espaços públicos, como praças, terminais de transporte ou instituições de ensino, pessoas trans relatam experiências recorrentes de vigilância, violência verbal, expulsão simbólica e física. Tais vivências não apenas restringem o direito à cidade, mas produzem um mapeamento afetivo marcado pela evitação de certos espaços e pela internalização de riscos — o que contribui para a marginalização territorial desses sujeitos.

Dessa forma, compreender o “lugar” como dimensão política e simbólica é fundamental para analisar como as políticas públicas podem reproduzir ou transformar essas dinâmicas de exclusão.

Assim como o lugar físico é um espaço onde interações e significados se manifestam, o corpo trans também pode ser entendido como um lugar simbólico que carrega marcas tanto de violência como potencialidades de resistência. Mombaça (2019) destaca que

“habitar o corpo como lugar é, para pessoas trans, um constante ato de negociação com um mundo que insiste em expulsá-las das categorias de humanidade” (Mombaça, 2019, p. 48).

Essa afirmação propõe uma leitura profunda e interseccional da experiência trans como marcada por uma constante luta por pertencimento. Ao dizer que "habitar o corpo como lugar é, para pessoas trans, um constante ato de negociação", a autora aponta para o corpo não apenas como um espaço físico, mas como território político, simbólico e afetivo. Essa negociação refere-se às múltiplas violências — institucionais, sociais e subjetivas — que pessoas trans enfrentam para existir e afirmar suas identidades em uma sociedade que insiste em desumanizá-las, seja por meio da exclusão dos sistemas normativos de gênero, seja pela negação de direitos fundamentais.

A ideia de que o mundo “insiste em expulsá-las das categorias de humanidade” revela o caráter estrutural da transfobia, que não se limita a episódios de violência direta, mas se manifesta na recusa sistemática em reconhecer a legitimidade de suas existências. Essa expulsão se concretiza, por exemplo, na recusa de cuidados de saúde adequados, na precariedade do acesso à moradia, à educação e ao trabalho, e na violência simbólica que relega suas experiências ao campo da anormalidade ou da exceção.

Portanto, o corpo trans, enquanto lugar, torna-se um campo de disputa permanente: por reconhecimento, por cuidado, por dignidade. Habitar esse corpo, nessa chave analítica, é resistir à tentativa de apagamento e afirmar-se como sujeito político pleno.

Nessa perspectiva, o corpo trans é simultaneamente um espaço político e geográfico, no qual normas sociais são reproduzidas, mas também contestadas. As intervenções médicas, como terapias hormonais e cirurgias, representam formas de reconfiguração desse espaço, criando novos significados e reafirmando a existência trans. Aqui, cabe um alerta: procedimentos de redesignação sexual não são, no entanto, balizadores dessa legitimidade trans, como aponta a pesquisadora e ativista Amara Moira (2019):

Esse raciocínio, no entanto, além de extremamente cis sexista, por querer que o genital (com que se nasce ou, agora, o que se deseja ter) defina o gênero de uma pessoa, ainda serviu para aumentar o estigma que pesava sobre a outra entendida como oposta, de travestis. Outro efeito nefasto dessa diferenciação é conceber a transgeneridade sobretudo em função da disforia, isto é, do sentimento de desconforto com as marcações de gênero percebidas em nossos corpos, e defender

que a cirurgia é o melhor método para solucionar ou mitigar esse problema. (MOIRA, 2019, p. 42)

Ao considerar o corpo também como lugar, é possível traçar paralelos com o espaço físico. A separação entre os corpos trans e os espaços de cuidado reflete a lógica da colonialidade, que marginaliza sujeitos dissidentes, afastando-os do acesso pleno aos seus direitos e confinando-os às periferias físicas e simbólicas.

O conceito de “colonialidade de gênero”, desenvolvido por María Lugones (2008), é uma ampliação crítica da teoria da “colonialidade do poder” de Aníbal Quijano, que discute a interseção entre colonialismo, raça e poder. Lugones insere a dimensão de gênero nesse debate, destacando como o projeto colonial impôs estruturas raciais e econômicas, transformando profundamente as relações de gênero, sexualidade e corporificação nas sociedades colonizadas. A colonialidade de gênero, portanto, aborda como essas dimensões foram moldadas para desumanizar e desestabilizar os povos colonizados, desdobrando-se de formas específicas e duradouras.

Lugones (2008) argumenta que, antes da colonização europeia, muitas sociedades indígenas das Américas — como os povos Nahua, Inca e Tupinambá — apresentavam concepções de gênero não necessariamente organizadas sob uma lógica binária. Essas cosmologias reconheciam a existência de múltiplas formas de ser e viver os corpos, muitas vezes associadas a papéis espirituais ou comunitários e não restritas à oposição homem/mulher. A colonização, no entanto, impôs um sistema rígido de gênero binário, intrinsecamente vinculado à lógica da dominação racial e sexual, estruturando o que a autora denomina de *colonialidade de gênero*. Esse sistema instituiu a superioridade do homem branco cisheterossexual como modelo universal de humanidade, relegando os demais corpos a posições subalternizadas.

Mulheres indígenas e negras foram, nesse processo, excluídas da noção de “feminilidade” eurocêntrica, construída em torno da branquitude, da passividade e da domesticidade. Ao contrário, esses corpos foram associados à animalidade, à hipersexualização e à força de trabalho, sendo submetidos a regimes específicos de desumanização. Esse processo não apenas destruiu formas de organização social anteriores, como também instaurou novas hierarquias de gênero e sexualidade, que ainda moldam as estruturas de poder contemporâneas.

A subjugação colonial impôs um sistema de gênero binário e hierárquico em comunidades não ocidentais, destruindo as formas

locais de organização de gênero e sexualidade. Essa imposição não apenas desumanizou os sujeitos colonizados, mas os classificou em categorias que justificavam sua exploração e marginalização sob o capitalismo global (LUGONES, 2008, p. 2).

O conceito de colonialidade de gênero, formulado por María Lugones, oferece uma lente crítica relevante para compreender como a lógica colonial permanece estruturando desigualdades contemporâneas. Ao articular gênero, raça e poder, o conceito permite analisar não apenas as opressões de forma isolada, mas suas interseções constitutivas, evidenciando como esses marcadores sustentam sistemas globais de dominação e violência.

Importa destacar, contudo, que essa não é a única via teórica possível para abordar tais questões. Outros arcabouços epistemológicos — como o feminismo negro (por exemplo, de Angela Davis, Lélia Gonzalez e Patricia Hill Collins), a teoria queer decolonial, e os estudos interseccionais desenvolvidos por autoras como Kimberlé Crenshaw — também oferecem contribuições críticas fundamentais para pensar as articulações entre raça, gênero e poder em contextos pós-coloniais e neoliberais. A escolha por trabalhar com a perspectiva de Lugones se dá, neste trabalho, pela ênfase na crítica à matriz colonial de poder e por sua pertinência analítica ao se tratar da desumanização histórica de corpos dissidentes de gênero e sexualidade no Sul global.

Por meio dessa abordagem, a autora chama atenção para a necessidade de *descolonizar as categorias de gênero*, ou seja, romper com os significados impostos pela modernidade ocidental que instituíram uma visão binária, hierárquica e heteronormativa como padrão universal. O conceito de descolonialidade, tal como formulado por pensadores como Aníbal Quijano (2000) e aprofundado por María Lugones (2008), propõe uma crítica à *colonialidade* como lógica de poder que persiste para além da colonização formal, moldando saberes, corpos e subjetividades até os dias atuais.

No campo do gênero, essa perspectiva implica o resgate de epistemologias suprimidas — como as formas de organização social e de identidade presentes em sociedades indígenas e africanas anteriores à colonização —, além do questionamento aos dispositivos ocidentais de saber-poder que classificam, hierarquizam e patologizam corpos dissidentes. Descolonizar o gênero, portanto, não significa apenas ampliar categorias identitárias ou tornar os sistemas normativos mais inclusivos, mas transformar radicalmente as estruturas que produzem desigualdades, criando possibilidades de resistência, reexistência e reconstrução social em bases não hegemônicas.

Essa descolonização também atravessa a materialidade dos espaços. A *colonialidade de gênero* não é apenas uma opressão sobre as mulheres, mas uma estrutura que organiza corpos, territórios e instituições a partir de uma matriz eurocentrada, binária e cisheteronormativa. Quando essa lógica ocupa os espaços institucionais — como hospitais, escolas ou equipamentos públicos —, ela se concretiza em práticas que determinam quem tem acesso legítimo ao cuidado, ao reconhecimento e à cidadania. Nesse sentido, descolonizar o gênero envolve também disputar os significados simbólicos e políticos do espaço, rompendo com as tecnologias de controle e estigmatização que ainda sustentam o Estado moderno-colonial.

Um exemplo disso são os hospitais psiquiátricos que operam sob lógicas asilares, marcadas pelo confinamento, pelo controle institucional e pela desumanização — práticas que, historicamente, foram mobilizadas para gerir corpos considerados desviantes, incluindo pessoas trans. A instalação do Sertrans em um espaço com essas características reforça a leitura da política pública como continuidade de estruturas coloniais que produzem não apenas ausência de cuidado, mas presença ativa de violência simbólica.

A concentração de serviços especializados em áreas urbanas centrais ou em unidades de saúde psiquiátricas, por exemplo, dificulta o acesso de populações periféricas, rurais ou indígenas e perpetua uma visão patologizante de corpos e identidades dissidentes¹⁷. A ausência de infraestrutura inclusiva — como banheiros neutros, ambientes que respeitem o uso do nome social e profissionais capacitados para acolher as especificidades das vivências trans — contribui para o sentimento de não pertencimento e insegurança. Quando o espaço não comunica acolhimento, mas, ao contrário, remete à vigilância ou exclusão, ele atua como barreira simbólica ao cuidado. A estrutura física, portanto, não é neutra: ela pode reforçar ou mitigar processos de desumanização e segregação que historicamente afetam corpos trans e não conformes ao binarismo de gênero.

No âmbito simbólico, a *colonialidade de gênero* opera por meio de narrativas e práticas que orientam as políticas públicas, frequentemente baseadas em normas cis-heteronormativas e categorias binárias de gênero. Essa lógica invisibiliza experiências não conformes e exclui saberes não ocidentais, deslegitimando epistemologias e práticas de cuidado que escapam aos moldes modernos-coloniais. É importante reconhecer, no entanto,

¹⁷ Sujeitos cujas vivências e expressões de gênero, sexualidade ou corporeidade desafiam as normas cisheteronormativas e binárias que organizam a vida social. São identidades que não apenas escapam às categorias dominantes, mas que frequentemente são marginalizadas por tensionarem o que é considerado “normal” ou “legítimo” dentro de um regime de gênero hegemônico. No contexto da saúde pública, essas dissidências frequentemente enfrentam barreiras institucionais, simbólicas e materiais para o acesso pleno a direitos e serviços.

que comunidades tradicionais, indígenas e quilombolas — ainda que possam preservar compreensões próprias e contextuais sobre gênero — não estão imunes à presença do patriarcado, da normatividade cisheterossexual e de estruturas binárias internalizadas, muitas vezes reproduzidas em função da própria colonialidade que as atravessa. Assim, práticas LGBTQIAPN+fóbicas também podem se manifestar nesses contextos, exigindo que a análise seja feita com atenção à complexidade, às disputas internas e às contradições que marcam esses territórios.

Essas dimensões física e simbólica estão profundamente interligadas com os espaços físicos, carregando e reproduzindo o simbolismo da exclusão. A localização de um serviço em uma unidade psiquiátrica, por exemplo, não é uma escolha neutra, mas um reflexo da visão colonial e patologizante de gênero dissidente. Aqui, entende-se por *gênero dissidente* aquelas identidades e expressões que desafiam o regime cisheteronormativo e binário de gênero, recusando-se a se submeter às categorias fixas e naturalizadas de “homem” e “mulher”. Tal noção se articula com o pensamento de autores como Paul B. Preciado (2018), que entende a dissidência de gênero como uma forma de insurgência política contra os dispositivos de controle da biopolítica, e Berenice Bento (2006), para quem a dissidência de gênero é tratada, historicamente, como ameaça à ordem sexual e social imposta pela modernidade ocidental.

A superação dessas dinâmicas exige o redesenho dos espaços físicos para torná-los acessíveis e inclusivos, bem como a desconstrução de narrativas coloniais na formulação e implementação de políticas públicas. Para isso, é fundamental garantir a participação ativa de pessoas trans e de gênero dissidente, promovendo práticas anticoloniais e interseccionais que valorizem as diversidades e enfrentem as desigualdades históricas perpetuadas pela colonialidade de gênero.

Segundo Leite Júnior (2012), o local onde uma política pública é implementada pode carregar simbologias que reforçam preconceitos históricos, como a associação da transexualidade a algo desviante ou doentio. Nesse sentido, a marginalização espacial, especialmente quando um serviço é alocado em um hospital psiquiátrico, que por si só já carrega o desafio de enfrentar a desinstitucionalização, reforça o controle social sobre os corpos trans, configurando uma violência simbólica que perpetua a visão de desvio patológico. No entanto, o hospital em si não é apenas um símbolo da ideia de desvio; ele materializa um arranjo institucional que atua na produção e na regulação dos corpos, refletindo normas sociais mais amplas sobre gênero e sexualidade. Como discutido por Foucault (1979), instituições como hospitais, escolas e prisões funcionam como dispositivos de controle que moldam subjetividades e definem o que é considerado normal, saudável ou

aceitável. No caso específico dos hospitais psiquiátricos, essa lógica se intensifica, pois historicamente foram espaços de contenção de corpos considerados desviantes — entre eles, os corpos trans e não conformes ao binarismo de gênero.

Assim, a alocação de um serviço de saúde voltado à população trans em um hospital com essas características não apenas comunica uma visão patologizante, mas reafirma uma normatividade de gênero que associa identidades dissidentes à desordem, ao erro ou à anomalia. Trata-se, portanto, de uma prática que não pode ser compreendida apenas como uma escolha administrativa, mas como parte de um sistema de poder que naturaliza a exclusão de corpos fora da norma.

Essa percepção está intrinsecamente ligada à colonialidade de gênero, que posiciona identidades trans fora da norma cis-heteronormativa, tratando-as como "desvios" de um padrão naturalizado de performances do binarismo gênero.

Nesse contexto, políticas públicas inclusivas precisam atuar na promoção de justiça espacial, ao reverter práticas de segregação e marginalização. Raewyn Connell (2002) discute que políticas de gênero e saúde devem reconhecer as interseções entre espaço, gênero e poder, criando mecanismos que garantam que a distribuição de serviços de saúde respeite as particularidades de grupos vulneráveis.

A ideia de *hegemonia masculina*, formulada por Connell (1995), pode ser aplicada neste contexto ao evidenciar como os espaços urbanos e institucionais são organizados a partir de padrões que favorecem uma masculinidade dominante — branca, cisgênera, heterossexual e de classe média ou alta —, tornando invisíveis ou inadequadas as presenças que desafiam essa norma. Para a autora, a hegemonia masculina não se refere apenas ao domínio dos homens sobre as mulheres, mas à forma como um modelo específico de masculinidade se impõe sobre outras expressões de gênero, inclusive outras masculinidades, feminilidades e identidades dissidentes. Isso se reflete na arquitetura das cidades, na distribuição dos serviços públicos e na ambiência das instituições, que muitas vezes desconsideram as necessidades e experiências de pessoas trans, não binárias ou LGBTQIAPN+.

Complementarmente, o conceito de *interseccionalidade*, desenvolvido por Kimberlé Crenshaw (1989), é fundamental para compreender como diferentes sistemas de opressão — como racismo, sexismo, classismo e cisheteronormatividade — se cruzam, gerando formas específicas e agravadas de exclusão. No caso das injustiças espaciais, essa perspectiva permite entender que os impactos da má localização ou da inadequação dos serviços não recaem igualmente sobre todas as pessoas trans, mas são especialmente duros para aquelas que também enfrentam outras camadas de marginalização, como pessoas negras, indígenas,

pobres ou com deficiência. A interseccionalidade, portanto, oferece uma lente crítica para analisar como a espacialização da política pública pode reforçar desigualdades estruturais quando não considera a complexidade das identidades envolvidas.

No caso das pessoas transgênero, cuja trajetória de exclusão social e barreiras no acesso à saúde é amplamente documentada, a escolha institucional de instalar o ambulatório Sertrans em um hospital psiquiátrico adquire contornos simbólicos importantes. Como se discutirá nos achados desta pesquisa, essa localização foi percebida por usuários(as) como um elemento que reforça o estigma de que suas identidades estariam associadas a transtornos mentais — uma lógica que políticas públicas comprometidas com a equidade deveriam buscar superar.

Nesse sentido, políticas públicas comprometidas com a promoção da *justiça espacial* precisam reavaliar não apenas a quantidade e disponibilidade de serviços, mas também sua localização e o significado simbólico que esses espaços carregam para os sujeitos que os acessam. A escolha do local de funcionamento de um equipamento de saúde, por exemplo, pode funcionar tanto como mecanismo de inclusão quanto de exclusão, dependendo das experiências históricas, sociais e afetivas que esse espaço evoca.

No caso de populações trans, a instalação de um serviço em uma unidade psiquiátrica pode ser percebida como continuidade de processos de estigmatização, em vez de reconhecimento. Assim, a justiça espacial envolve não apenas a distribuição geográfica equitativa de recursos, mas também a criação de territórios que acolham, respeitem e validem as identidades e existências dos sujeitos — contribuindo para seu pertencimento social e para o fortalecimento de vínculos com as políticas públicas.

Harvey (1996) argumenta que a justiça espacial só pode ser efetivamente alcançada quando as necessidades dos grupos mais vulnerabilizados são colocadas no centro das decisões políticas e do planejamento urbano. Isso implica reconhecer que o espaço não é neutro, mas sim constituído por relações de poder que produzem inclusão ou exclusão. No caso do ambulatório Sertrans, sua instalação, até março de 2025, nas dependências de um hospital psiquiátrico representou mais do que uma limitação logística: constituiu um dispositivo simbólico que reforçou a associação histórica entre transgeneridade e transtorno mental.

Essa localização gerou, conforme os dados desta pesquisa, sentimentos de desconforto, constrangimento e não pertencimento por parte de usuários(as), que passaram a evitar ou adiar o acesso ao serviço. A análise crítica dessa escolha espacial evidencia como decisões aparentemente técnicas, quando não ancoradas em uma perspectiva de equidade e

reconhecimento, podem reproduzir estigmas estruturais. Reavaliar criticamente a localização dos equipamentos, portanto, é parte inseparável da formulação de políticas públicas de saúde que se pretendam inclusivas, reparadoras e comprometidas com a justiça social.

Para alcançar os propósitos delineados, esta pesquisa adota uma abordagem predominantemente qualitativa, com aportes quantitativos, classificando-se como exploratória e descritiva. Foram utilizadas técnicas como pesquisa documental, observação participante com diário de campo no antigo espaço do ambulatório e aplicação de questionário (**Apêndice B**) com 49 pacientes, no período de novembro de 2024 a janeiro de 2025. Ao todo, foram seis dias presentes no serviço, em pelo menos um turno do dia (manhã).

Os resultados serão apresentados no último capítulo desta dissertação. A coleta de dados teve início mediante autorização verbal da gestão do equipamento, com base no entendimento de que as informações consolidadas por esta pesquisa seriam fundamentais para processos internos da própria unidade, que, até então, não dispunha dos dados necessários ao andamento da investigação. Essa etapa ocorreu enquanto o projeto ainda tramitava no Comitê de Ética. O processo foi posteriormente submetido à Plataforma Brasil para validação documental, sendo aprovado¹⁸. A perspectiva avaliativa adotada é a da avaliação em profundidade, de caráter contra-hegemônico, conforme propõe Rodrigues (2008). O corpus de pesquisa e os métodos serão tratados no capítulo 3.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro apresenta as discussões teóricas sobre as categorias analíticas centrais da pesquisa: gênero, transexualidade, saúde, saúde mental e políticas públicas. O segundo descreve os procedimentos metodológicos e a perspectiva avaliativa adotada. O terceiro traça o percurso das políticas públicas de saúde voltadas à população trans no Brasil. O quarto capítulo foca no Sertrans, analisando desde sua criação até a percepção dos(as) pacientes atendidos(as). Por fim, o quinto capítulo reúne as considerações finais da pesquisa.

¹⁸ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP/UFC), por meio da Plataforma Brasil, parecer nº 7.685.477. O projeto foi inicialmente titulado “Geografia do Estigma: uma avaliação da influência da localização do ambulatório do Governo do Ceará para pessoas transgênero na assistência em saúde”, título posteriormente atualizado para “Lugar do Estigma: uma avaliação da assistência de pessoas transgênero na rede estadual de saúde do Ceará”.

2 GÊNERO, SAÚDE E JUSTIÇA ESPACIAL: BASES TEÓRICAS DA PESQUISA

Neste capítulo, apresentamos as categorias analíticas que fundamentam o tema desta pesquisa: Gênero, Transexualidade, Saúde, Saúde Mental, Políticas Públicas e Justiça Espacial. Essas categorias foram selecionadas por refletirem as dimensões mais relevantes para compreender o impacto das políticas públicas de saúde voltadas à população transgênero no Ceará.

A escolha dessas categorias considera a necessidade de captar as experiências e os desafios enfrentados por esse grupo, como estigmatização, exclusão territorial, saúde mental e acesso aos direitos. Elas foram embasadas em contribuições teóricas de autoras e autores como Judith Butler, que discute gênero e performatividade; Achille Mbembe, que aborda a necropolítica em contextos de exclusão social; e David Harvey, que introduz o conceito de justiça espacial como ferramenta crítica na análise da distribuição desigual dos recursos e serviços urbanos.

Além disso, as categorias foram definidas com base em sua relevância teórica e empírica nos campos da saúde pública, da justiça social e da avaliação de políticas. Emergiram a partir de uma análise criteriosa da literatura especializada e do cruzamento com os dados qualitativos produzidos durante a pesquisa, o que garante sua pertinência ao objeto de estudo.

Ao dialogar com temas como desigualdade, interseccionalidade, cidadania e direitos humanos, essas categorias permitem uma análise crítica e aprofundada sobre os limites e possibilidades das políticas públicas voltadas à população trans, sobretudo em relação ao acesso à saúde integral e ao enfrentamento do estigma institucional.

2.1 Gênero e transgeneridade: além da performance

O conceito de gênero é fundamental para compreender as relações sociais e as estruturas de poder que influenciam a vida das pessoas, pois tem relação com as construções sociais, culturais e psicológicas que definem e diferenciam o que é considerado masculino e feminino. De acordo com Butler (1990), o gênero é performativo, sendo algo que se faz repetidamente por meio de atos, gestos e discursos, e não uma essência fixa ou natural. Esta perspectiva desafia a ideia de que gênero é determinado biologicamente, enfatizando a sua natureza socialmente construída. Butler afirma que “o gênero não é algo que se é, mas algo que se faz – um ato repetido, uma performance contínua” (Butler, 1990, p. 33).

Essa visão performativa de gênero sugere que as identidades de gênero são moldadas

por normas sociais e culturais, e não por características biológicas inerentes. Por exemplo, as expectativas sobre como homens e mulheres devem se comportar, vestir e falar são construídas socialmente e variam entre diferentes culturas e épocas.

Ressalta-se que gênero e sexualidade devem ser tratados como categorias independentes. Bento (2006), em seu livro *A Reinvenção do Corpo: Sexualidade e Gênero na Experiência Transexual*, aponta que movimentos de gays e lésbicas põem a sexualidade como um elemento de unidade, de construção de identidade coletiva, “ao mesmo tempo em que aponta a questão de gênero como um ponto a mais, e não-exclusivo, para explicar as desigualdades e a produção das margens” (Bento, 2006, p. 81).

Apesar do entendimento de gênero e sexualidade como produtos históricos, “coisificados como naturais”, o corpo-sexuado vem assumindo um espaço de desnaturalização com os estudos “queer” (Butler, 1999), no qual também busca-se reunir identidades coletivas.

O reconhecimento da transexualidade como uma questão de gênero nos leva a reconhecer que há muitas possibilidades de se fazer o gênero, para além de uma relação retilínea do tipo mulher-feminino, homem-masculino, e também a discutirmos os direitos sociais e políticos dos sujeitos que vivem o gênero fora do binarismo, como são as travestis, os transexuais, as transexuais, os transgêneros. (Bento, 2006, p.16)

O filósofo e ativista contemporâneo Paul B. Preciado apresenta uma perspectiva crítica e inovadora sobre gênero e sexualidade, desafiando as normativas binárias e propondo novas formas de entender corpos, identidades e relações. Preciado (2013) argumenta que o gênero não é uma categoria natural, mas uma construção política, social e tecnológica. Ele sugere que o gênero funciona como um sistema de controle biopolítico, regulando corpos e comportamentos para manter estruturas de poder patriarcais, heteronormativas e capitalistas.

Em *Manifesto Contrassexual* (2000), o autor desconstrói a ideia de que a sexualidade é determinada biologicamente, destacando seu caráter social e político, influenciado por sistemas de poder e produção capitalista. Para ele, não há nada natural na sexualidade, sendo ela completamente modulada pela linguagem, pelas instituições e pelas tecnologias que produzem esses corpos como sexuados.

Em *Testo Junke* (2013), Preciado introduz o conceito de *farmacopornografia* para descrever como as indústrias farmacêutica e pornográfica moldam subjetividades,

sexualidades e identidades no capitalismo contemporâneo, não podendo separar a biopolítica de controle da vida da economia dos desejos. Segundo o autor, a pílula contraceptiva, a testosterona, os antidepressivos, o Viagra e a pornografia digital fazem parte de um mesmo sistema que atende às nossas demandas – e que molda quem somos. Nesse contexto, não somos apenas consumidores; somos, de certa forma, produtos desse próprio sistema.

Joan Scott (1986) ressalta que o gênero é uma categoria analítica útil para entender as relações de poder. A historiadora define gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e um primeiro modo de significar relações de poder” (Scott, 1986, p. 1067). Assim, estudar o gênero implica investigar como essas diferenças são produzidas, mantidas e transformadas na sociedade. A análise de Scott indica que o gênero não apenas reflete, mas também constitui relações de poder, moldando a distribuição de recursos e oportunidades.

A teoria de gênero de Raewyn Connell também é pertinente. Connell (2002) introduz o conceito de "hegemonia masculina", que descreve a configuração cultural mais exaltada de masculinidade em um dado contexto, que garante a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres. A autora argumenta que a hegemonia masculina não é apenas uma relação de poder entre homens e mulheres, mas também entre diferentes masculinidades, em que certas formas de masculinidade são privilegiadas sobre outras.

De acordo com Segato (2010), essa masculinidade hegemônica se constrói na lógica da dominação e da exibição de poder; “ela precisa do outro como objeto de submissão para afirmar sua existência” (Segato, 2010, p. 58). Em *Las estructuras elementales de la violencia*, a autora aponta:

A masculinidade não é um estado fixo ou um atributo biológico, mas uma performance constante que precisa ser reconhecida e reafirmada por outros homens. Para tanto, o masculino se constrói a partir da subordinação de outros corpos, seja dos corpos femininos, seja dos corpos que não se enquadram na norma da masculinidade hegemônica. Essa masculinidade demanda violência como forma de consolidar seu poder e garantir sua legitimidade. O ato violento é, assim, uma exibição pública, uma mensagem para os outros homens de que aquele sujeito cumpre com o mandato de masculinidade (Segato, 2013, p.45).

A violência contra as mulheres – neste caso, a autora foca em mulheres cisgênero – portanto, não pode ser vista como um simples ato de agressão isolado ou como um comportamento patológico de indivíduos. De acordo com Segato, a violência deve ser entendida como uma construção social, uma narrativa construída para comunicar e perpetuar as relações de poder entre os homens e entre estes e as mulheres. Essa violência age como um “mecanismo pedagógico” que não impõe hierarquias sociais e educa a sociedade sobre as normas de gênero.

Nesse sentido, a violência contra as mulheres – ou contra quem se distancia da performance masculina dita aceitável – é um elemento essencial para a perpetuação de um sistema social patriarcal, que vai além das ações físicas e se manifesta também na subjetividade coletiva. Ela está profundamente conectada ao processo de socialização e ao estabelecimento de uma "masculinidade hegemônica", que precisa reafirmar constantemente seu domínio sobre o corpo e a identidade das mulheres, estabelecendo uma ordem que mantém sua supremacia. A violência de gênero, ao ser sistematicamente normalizada e institucionalizada, torna-se um instrumento político fundamental na manutenção das desigualdades estruturais que ainda regem as sociedades.

Além disso, o conceito de interseccionalidade proposto por Kimberlé Crenshaw (1989) é fundamental para entender as experiências de gênero. Defensora dos direitos civis, a pesquisadora argumenta que gênero, raça, classe e outras identidades sociais não podem ser analisadas separadamente, e sim em conjunto, pois suas interseções produzem experiências únicas de opressão e privilégio. Este conceito é particularmente importante para compreender, por exemplo, as experiências de mulheres transgênero negras, cujas vidas são moldadas por múltiplas formas de discriminação, se comparadas a homens cisgêneros¹⁹ brancos.

A filósofa Lélia Gonzalez é uma das pioneiras na reflexão sobre o racismo e o sexismo, unindo questões de raça, classe e gênero em suas análises. Ela discutiu a interseccionalidade antes mesmo do termo ser popularizado, abordando como essas diferentes opressões se cruzam no Brasil. Também ativista, Gonzalez já identificava, de forma incisiva, como as mulheres negras são alvo de um sistema triplo de opressões.

Ela argumenta que a luta por igualdade de gênero precisa, inevitavelmente, abordar as questões de raça e classe, já que essas interseções formam as condições estruturais de exclusão das mulheres negras na sociedade brasileira. A interseccionalidade, neste caso,

¹⁹ O oposto de “transgeneridade” é “cisgeneridade”, referindo-se às pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento.

revela como o racismo e o sexismo não operam de forma isolada, mas se combinam para exacerbar a desigualdade social.

“O racismo, o sexismo e a exploração de classe são faces de uma mesma moeda. Uma mulher negra no Brasil sofre a sobrecarga dessas três opressões ao mesmo tempo. A luta de classe não pode ser dissociada da luta contra o racismo e o sexismo, pois as mulheres negras são as mais atingidas por essas opressões. O feminismo, para ser verdadeiro, precisa compreender a sobrecarga de opressões vividas pelas mulheres negras e propor ações que considerem a interseccionalidade entre esses diferentes sistemas de dominação. (Gonzalez, 1984, p. 88)

Ochoa (2014) explora como as vidas de pessoas trans na América Latina revelam as intersecções entre violência de gênero, racismo e marginalização econômica, particularmente em espaços urbanos. Ela argumenta que os espaços urbanos na América Latina, historicamente estruturados por hierarquias coloniais, continuam a marginalizar corpos dissidentes. Nesse contexto, a ocupação trans desafia as fronteiras simbólicas e físicas impostas por esse legado colonial.

A autora aponta que a exclusão das pessoas trans é mantida por um conjunto de políticas e práticas sociais que reforçam a marginalização, como o acesso limitado ao trabalho formal, à habitação e à saúde. Apesar disso, a resistência trans ressignifica o espaço urbano, transformando-o em um local de luta e expressão de suas identidades.

Bento (2006) e Butler (2004) enfatizam a importância de entender a transgeneridade como uma expressão legítima de identidade de gênero, que não deve ser considerada como uma doença. Para a primeira, a experiência trans deve ser reconhecida em sua diversidade e complexidade, evitando reduções simplistas que ignoram as realidades vividas por essas pessoas. Bento argumenta que “as identidades trans devem ser vistas como variações legítimas das expressões de gênero e não como desvios patológicos” (Bento, 2006, p. 45).

Butler (2004) também critica a patologização das identidades trans, ressaltando que as “normas de gênero coercitivas” limitam a capacidade das pessoas de viverem suas vidas de forma autêntica. Ela afirma que “a despatologização das identidades trans é crucial para garantir que essas pessoas possam viver suas vidas com dignidade e respeito” (Butler, 2004, p. 56).

O conceito de gênero é culturalmente construído, como argumenta Butler (2006), e está vinculado às normas e expectativas impostas pela sociedade sobre os corpos e as identidades. No entanto, para além da performance e das normas, as pessoas trans enfrentam desafios significativos na busca por reconhecimento e cuidado, especialmente no campo da saúde. Isso inclui não apenas o atendimento médico, como o acesso à hormonioterapia e a cirurgias de redesignação sexual, mas também a proteção contra estigmas e discriminações que afetam a saúde mental.

João W. Nery²⁰, em suas obras e entrevistas, aborda com profundidade a assistência em saúde para pessoas trans, destacando os desafios enfrentados por essa população em um sistema que, muitas vezes, reforça estigmas e exclui identidades trans. Em *A viagem solitária: Memórias de um Transexual 30 anos Depois*, Nery (2011) ressaltou que a sociedade insistiu em patologizá-lo para validar sua existência, e afirmou que a assistência à saúde de pessoas trans deve ir além de intervenções biomédicas, incluindo suporte psicológico, social e educacional, promovendo um cuidado integral e humanizado.

No campo da saúde, a estigmatização ocorre de diversas formas, como a falta de preparo de profissionais para lidar com as demandas específicas da população trans, o uso de linguagem inadequada ou ofensiva e a exigência de comprovação de "normalidade" para acessar tratamentos, como terapias hormonais ou cirurgias. Mombaça (2021) destaca como as políticas de saúde muitas vezes replicam violências estruturais, reforçando a exclusão em vez de oferecer um acolhimento que reconheça as identidades trans como legítimas e diversas.

De acordo com ela, “o ambiente hospitalar, longe de ser um espaço neutro, transforma-se em um campo de batalha para pessoas trans, onde seus corpos são constantemente lidos como objetos de curiosidade ou como anomalias a serem corrigidas” (Mombaça, 2021, p. 78).

A autora também enfatiza que esse processo está profundamente enraizado na colonialidade, que perpetua sistemas de opressão baseados em gênero, raça e classe. Isso significa que a estigmatização da transexualidade não é um fenômeno isolado, mas está conectado a uma lógica maior de controle e disciplinamento dos corpos que desafiam a norma cisgênera e heteronormativa. A exclusão da população trans dos sistemas de cuidado em saúde seria “parte de um projeto maior de desumanização, que retira dessas vidas a possibilidade de existir plenamente” (Mombaça, 2020, p. 102).

A transgeneridade, portanto, ultrapassa a dimensão performática do gênero e deve ser

²⁰ Como o primeiro homem trans a realizar cirurgia de redesignação de gênero no Brasil, Nery utilizou sua vivência para defender mudanças estruturais no cuidado à saúde, enfatizando o respeito, a dignidade e a inclusão.

compreendida como uma questão de direitos humanos fundamentais, entre eles o direito à saúde²¹. Nesse sentido, o acesso a um cuidado integral e não discriminatório está diretamente relacionado à dignidade dessas pessoas e à possibilidade de viverem plenamente suas identidades. Quando a saúde é compreendida, conforme definição da OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social — e não apenas a ausência de doenças —, torna-se evidente que os obstáculos enfrentados por pessoas trans nos serviços de saúde representam uma violação estrutural desse direito.

Assim, o enfrentamento da estigmatização nos espaços institucionais não pode prescindir de uma crítica às lógicas coloniais e normativas que sustentam essas exclusões, exigindo políticas públicas que reconheçam e garantam o cuidado em saúde como um instrumento de justiça social e afirmação da existência trans.

2.2 Saúde, um bem-estar físico, mental e social

A definição de saúde vai além da ausência de doenças, englobando um estado de completo bem-estar físico, mental e social, conforme definido pela OMS²². Direito humano fundamental, o acesso à saúde deve ser garantido a todas e todos, independentemente de identidade de gênero, orientação sexual, raça ou condição socioeconômica. No Brasil, esse direito é fruto da Reforma Sanitária²³ e está garantido pela Constituição Federal de 1988.

O filósofo francês Canguilhem (1990) discute a saúde dentro de um contexto mais amplo de poder e biopolítica. Ele vê a saúde como a capacidade do indivíduo de se adaptar às mudanças e resistir às adversidades. Canguilhem afirma que “a saúde não é a simples ausência de doença, mas a capacidade de o organismo superar suas crises” (Canguilhem, 1990, p. 34).

Este entendimento da saúde como um processo dinâmico e adaptativo é crucial para abordar as necessidades específicas das pessoas trans, que frequentemente enfrentam barreiras significativas para acessar cuidados de saúde adequados.

Foucault é o autor que introduziu o conceito de biopolítica, entendendo-o como o conjunto de práticas e saberes que governam a vida biológica das populações. Ele distingue a biopolítica do poder disciplinar, afirmando que o foco se desloca do corpo individual para o

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. O que significa ter saúde?. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 13 jan. 2025.

²² PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Mental health. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>. Acesso em: 27 jan. 2025.

²³ Iniciado na década de 1970, o movimento foi impulsionado por profissionais de saúde, acadêmicos, sindicalistas e movimentos populares que criticavam o modelo de saúde vigente, marcado pela exclusão e pela priorização dos serviços privados em detrimento dos públicos.

corpo coletivo (população). Segundo ele, “o objetivo é assegurar, no nível de todo o conjunto, o incremento das forças, a vida útil, e o ajustamento das populações à máquina econômica e social” (Foucault, 1979, p. 128) .

O autor também explora como as práticas de saúde são usadas como ferramentas de controle social e normatização dos corpos. A análise foucaultiana é relevante para entender como os corpos trans são regulados e disciplinados por meio de práticas médicas e políticas de saúde.

Deve-se falar do sexo, e falar publicamente, de uma maneira que não seja ordenada em função da demarcação entre o lícito e o ilícito, mesmo se o locutor preservar para si a distinção (é para mostrá-lo que servem essas declarações solenes e liminares); cumpre falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos. No século XVIII o sexo se torna questão de "polícia". (Foucault, 1988, p. 26)

Agamben desenvolve a ideia de biopolítica a partir de Foucault, introduzindo os conceitos de *homo sacer* (vida nua) e *estado de exceção*. Ele argumenta que, no contexto moderno, a biopolítica está diretamente relacionada à exclusão e à soberania, reduzindo a vida humana a uma condição biológica mínima. “A biopolítica moderna não se limita a incluir a vida natural na esfera do poder político, mas a constitui como o fundamento da soberania. O soberano é aquele que pode decidir sobre a vida nua, exposta à violência e à exclusão” (Agamben, 1995, p. 9-10).

Mbembe (2003) amplia essa discussão da biopolítica para incluir a *necropolítica*, ou seja, o poder de decidir quem pode viver e quem deve morrer, em contextos de violência colonial e racial. Ele argumenta que a biopolítica moderna está profundamente entrelaçada com práticas de genocídio e exclusão. Isso cria um regime político que opera em zonas de exceção, onde a soberania se exerce pela destruição, privando certos grupos de qualquer valor humano. “A política soberana é a política de matar; ela implica a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é dispensável e quem não é” (Mbembe, 2003, p. 12).

Nesse contexto, a abordagem da saúde baseada em direitos humanos, como defendida por Paul Farmer (2005), torna-se fundamental para enfrentar essas desigualdades. Farmer argumenta que as disparidades em saúde não são apenas questões biológicas, mas refletem dinâmicas de exclusão social e injustiça estrutural, as mesmas que Mbembe associa à necropolítica. Ele enfatiza que “a saúde é um direito humano e que todas as pessoas, independentemente de sua identidade, devem ter acesso a cuidados de saúde de qualidade” (Farmer, 2005, p. 89). Assim, a luta por saúde equitativa pode ser vista como uma forma de resistir às práticas de exclusão e violência que desumanizam populações inteiras.

O campo da saúde é complexo e transdisciplinar. A saúde mental, por exemplo, é um componente essencial da saúde geral e congrega bem-estar emocional, psicológico e social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para sua comunidade.

Destacar a saúde mental nesta pesquisa é essencial, considerando que pessoas trans estão frequentemente expostas a contextos de estigmatização, exclusão social e violência — elementos que afetam diretamente seu bem-estar psíquico. Assim, a saúde mental configura-se como uma dimensão estruturante para a atenção integral em saúde dessa população, exigindo abordagens que reconheçam suas especificidades e potencializem práticas de cuidado mais sensíveis e humanizadas.

Nesse sentido, estudos contemporâneos, como os de Seligman (2002), destacam a importância de abordagens positivas e humanísticas na saúde mental, promovendo o florescimento humano e a busca de sentido na vida. Seligman afirma que “a verdadeira felicidade envolve o cultivo de virtudes e forças pessoais, que levam a uma vida significativa e gratificante” (Seligman, 2002, p. 78). Frankl (1963), por sua vez, enfatiza a importância do sentido na vida, argumentando que “a busca pelo sentido é a principal força motivadora no ser humano” (Frankl, 1963, p. 105). Ao trazer essas contribuições, esta pesquisa propõe tensionar modelos patologizantes ainda presentes nos serviços de saúde e reafirmar a importância de um cuidado em saúde mental que valorize a autonomia, a subjetividade e os direitos humanos.

Bento (2017) e Butler (2004) sublinham a necessidade de uma abordagem inclusiva que reconheça as experiências específicas de grupos marginalizados e desumanizados, incluindo pessoas transgênero, que frequentemente enfrentam estigmatização, com consequências negativas para sua saúde mental. Bento destaca que “a marginalização social e a discriminação são fatores críticos que contribuem para os problemas de saúde mental entre as pessoas trans” (Bento, 2017, p. 92).

Ainda segundo Bento (2014), pessoas transgênero enfrentam uma série de desafios únicos que podem impactar negativamente sua saúde geral. Esses desafios incluem barreiras no acesso a serviços de saúde adequados, discriminação e estigmatização dentro e fora do sistema de saúde, além da violência transfóbica. A estigmatização, em particular, tem sido identificada como um fator significativo que contribui para os altos níveis de estresse e problemas de saúde mental observados nessa população.

Além disso, corpos trans são “frequentemente tratados como objetos de intervenção médica e não como sujeitos de direitos, perpetuando uma exclusão institucional no acesso à saúde integral” (Pelúcio, 2009, p. 47). O sistema de saúde brasileiro, segundo Pelúcio (2009), está organizado a partir de uma lógica cisnormativa, que considera a cisgeneridade como padrão universal de cuidado.

Essa perspectiva culmina em práticas excludentes que afetam profundamente as pessoas trans, negando-lhes o reconhecimento pleno de suas identidades de gênero. Frequentemente, elas são submetidas a exigências burocráticas arbitrárias, como a obrigatoriedade de comprovação de diagnósticos de disforia para acesso a tratamentos hormonais ou cirúrgicos. Além disso, suas corporalidades são submetidas a um controle médico que as trata como objetos de intervenção, em vez de reconhecê-las como sujeitos de direitos, o que contribui para a perpetuação de dinâmicas de desumanização e violação de autonomia.

A centralização de procedimentos em hospitais universitários e grandes centros urbanos também limita o alcance dos serviços especializados, deixando a maioria das pessoas trans sem assistência adequada. No Ceará, por exemplo, a assistência especializada a pessoas trans só existe em Fortaleza, o que impacta na oferta de atendimento de forma descentralizada no estado.

Estudos empíricos também têm demonstrado a relação entre discriminação e saúde mental. Uma pesquisa conduzida por Testa *et al.* (2017) revelou que a discriminação e a violência são fatores preditivos significativos de problemas de saúde mental entre pessoas transgênero. Os pesquisadores argumentam que “a redução da discriminação e da violência pode levar a melhorias significativas na saúde mental das pessoas trans” (Testa *et al.*, 2017, p. 64).

A relação entre estigmatização e saúde mental é amplamente documentada na literatura. Meyer (2003) desenvolveu o conceito de "estresse de minoria" para descrever como a discriminação, o preconceito e a exclusão social podem levar a uma maior prevalência de problemas de saúde mental entre populações marginalizadas.

A autora não cita especificamente pessoas transgênero, mas destaca lésbicas, bissexuais e gays (LGB). Apesar disso, esse modelo alcança a população trans, e explica que o estigma social não apenas causa sofrimento psicológico direto, mas também influencia negativamente outros determinantes sociais da saúde, como emprego, habitação e suporte social, evidenciando ainda mais as disparidades de saúde.

Se as pessoas LGB realmente estão em risco de sofrer de excessivo sofrimento mental e transtornos devido ao estresse social, é importante compreender esse risco, assim como os fatores que amenizam o estresse e contribuem para a saúde mental. Somente com essa compreensão é que psicólogos, profissionais de saúde pública e formuladores de políticas públicas podem trabalhar para projetar programas eficazes de prevenção e intervenção. O relativo silêncio da literatura psiquiátrica epidemiológica em relação à saúde mental das populações LGB pode ter tido como objetivo remover o estigma, mas foi equivocado, levando ao negligenciamento dessa questão importante. (Meyer, 2003, p. 2)

Miranda e Jesus (2020) discutem como o estresse de minoria, conceito desenvolvido por Meyer (2003) e adaptado para o contexto brasileiro, explica a alta prevalência de transtornos mentais entre pessoas transgênero. Este estresse é resultado da exposição contínua à discriminação, à violência e à exclusão social. A marginalização social impacta diretamente a saúde mental, aumentando os níveis de ansiedade, depressão e outros problemas psicológicos. Segundo as autoras, a criação de políticas públicas inclusivas e afirmativas é essencial para mitigar esses impactos negativos.

Para Carrara (2016), a violência estrutural e o preconceito institucionalizado são fatores cruciais que agravam a vulnerabilidade de pessoas transgênero. A falta de políticas públicas eficazes e de proteção jurídica contribui para um ambiente hostil, que impede a promoção de saúde integral para essa população. Carrara enfatiza a necessidade de reformas profundas no sistema de saúde e na legislação para garantir a equidade no atendimento e a proteção dos direitos das pessoas transgênero.

O “Guia de Diversidade - Igualdade no Serviço Público de Saúde no Ceará”²⁴, lançado em 2022, é um documento importante nesse percurso de mudança no estado. O material busca

²⁴ CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Guia de Diversidade - Igualdade no Serviço Público de Saúde no Ceará**. Disponível em: <https://bit.ly/guiadiversidadesesace>.

conscientizar trabalhadores da Rede Sesa para uma assistência mais qualificada e humanizada a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, dentre outras orientações sexuais e identidades de gênero.

Esse guia considera, por exemplo, a Lei Nº 19.649, publicada no Diário Oficial do Estado do Ceará (DOE) em 30 de julho de 2020, que assegura às pessoas transgênero o direito à identificação pelo nome social em atos e procedimentos realizados na administração pública direta e indireta no âmbito da saúde, do ensino, da previdência social e da relação de consumo. A regulamentação reforça o que já era garantido por decreto estadual desde 2018. A lei que obriga a afixação de placas²⁵ de enfrentamento à LGBTfobia nos equipamentos públicos e privados é outra medida preventiva adotada no território.

O Estado, por meio da Secretaria da Diversidade²⁶, também possui o Painel Dinâmico de Monitoramento da Violência LGBTFóbica²⁷. A ferramenta agrega estatísticas provenientes de boletins de ocorrência – ou seja, as informações podem ser subnotificadas, visto que nem todas as violências sofridas por essa população são formalizadas e documentadas. Em 2024, por exemplo, o painel registrou 341 vítimas de LGBTfobia, sendo 16 casos em unidades de saúde. Do total de ocorrências, 65 são de condutas transfóbicas.

O reconhecimento da identidade de gênero, sem estigmatização, e o acesso a serviços de saúde que respeitem essa diversidade são passos essenciais para a promoção de uma saúde plena e inclusiva. É fundamental, portanto, que políticas públicas sejam estruturadas para garantir que o atendimento à saúde dessas pessoas se dê de forma humanizada e livre de preconceitos.

2.3 Políticas públicas, justiça espacial e políticas de saúde

Políticas públicas são o conjunto de ações planejadas pelo Estado para enfrentar problemas coletivos e promover o bem-estar social. Segundo Souza (2006), envolvem um processo contínuo que compreende identificação de demandas, formulação de alternativas, tomada de decisões, implementação e avaliação — etapas influenciadas por fatores políticos, econômicos e sociais, e pela interação entre governos, sociedade civil e setor privado.

O desenvolvimento das políticas públicas no Brasil reflete distintos ciclos históricos.

²⁵ CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Estabelecimentos públicos e privados devem fixar placas de enfrentamento à LGBTfobia. 10 jun. 2021. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2021/06/10/estabelecimentos-publicos-e-privados-devem-fixar-placas-de-enfrentamento-a-lgbtfobia/>. Acesso em: 13 jan. 2025.

²⁶ Criada em fevereiro de 2023, a Secretaria da Diversidade do Ceará é a primeira do Brasil.

²⁷ GOOGLE LOOKER STUDIO. Relatório de dados. Disponível em: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/d8575fed-846e-42ac-959e-107aeb894ff8/page/p_wqfsgqtced. Acesso em: 13 jan. 2025.

Durante o século XX, o processo de industrialização e modernização impulsionou a consolidação do Estado como agente indutor do desenvolvimento. A partir da década de 1930, com Getúlio Vargas, foram criadas as primeiras políticas sociais estruturadas, como as leis trabalhistas e o Ministério da Educação e Saúde Pública. No período da redemocratização, a promulgação da Constituição Federal de 1988 redefiniu o papel do Estado na garantia de direitos sociais, como saúde, educação e assistência, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública universal e equânime.

Contudo, conforme destacam Carneiro e Duque Brasil (2021), os avanços instituídos pela Constituição têm enfrentado contradições, sobretudo em contextos de crise, como a pandemia de covid-19, que revelou a fragilidade das políticas sociais diante de desigualdades persistentes. Para os autores, é urgente que a atuação estatal, no contexto pós-pandemia, seja pautada por uma lógica redistributiva, inclusiva e democrática — o que demanda reconhecer e enfrentar as múltiplas formas de exclusão que operam nos territórios, inclusive aquelas que atingem a população trans.

No campo da saúde, por exemplo, a mera existência de um serviço não assegura, por si só, o acesso digno e o acolhimento adequado. A localização e a forma de inserção institucional de um equipamento podem reforçar ou mitigar simbologias excludentes. O caso do Sertrans, ambulatório voltado à população transgênero no Ceará, é exemplar: ao funcionar, até 2025, dentro de um hospital psiquiátrico, o serviço reforçava estigmas históricos associados à patologização das identidades trans. Mesmo sendo uma resposta a demandas sociais urgentes, a política pública ali implementada reproduzia elementos de exclusão e discriminação espacial.

É nesse contexto que se insere o conceito de justiça espacial, proposto por David Harvey (1996), que trata da distribuição equitativa dos recursos e serviços no território. A justiça espacial, aplicada às políticas públicas, propõe que o espaço não é neutro, mas sim produtor de desigualdades ou oportunidades, conforme o modo como é ocupado, acessado e simbolizado. Serviços de saúde devem, portanto, ser pensados também a partir de seu lugar no território e dos significados sociais atribuídos a esse lugar.

As reflexões de Raewyn Connell (2002) sobre hegemonia masculina e de Kimberlé Crenshaw (1989) sobre interseccionalidade ajudam a compreender como raça, gênero, classe e território se articulam na produção de vulnerabilidades. Pessoas trans — em especial, negras e periféricas — enfrentam barreiras agravadas pela marginalização simbólica e física dos espaços institucionais. A lógica cisnormativa que estrutura muitos desses espaços impede que corpos dissidentes acessem serviços de forma segura e integral.

Dessa forma, políticas públicas voltadas à população trans devem incorporar uma análise crítica da espacialidade em sua formulação e gestão. Isso significa repensar a arquitetura dos serviços, garantir participação social no processo decisório e atuar contra dinâmicas institucionais que perpetuam o estigma. No caso do Sertrans, a recente transferência para o Hospital Universitário do Ceará representou uma medida concreta nesse sentido, permitindo reconfigurar o espaço de cuidado de forma mais condizente com os princípios do SUS e com o direito à saúde integral.

Nas sociedades capitalistas contemporâneas, as políticas sociais universais são fundadas na afirmação do dever do Estado e do direito de todos a ações e serviços, independentemente de classe, renda, etnia/raça, inserção no mercado de trabalho e capacidade de pagamento. A universalidade é fundamental para contrabalançar as forças de mercado geradoras de desigualdades e para o estabelecimento de uma cidadania plena, baseada na igualdade social. (Machado, 2024, p. 2)

Nos anos 2000, as políticas públicas brasileiras experimentaram novos avanços com programas de grande impacto social, como o Bolsa Família, que teve como objetivo principal a diminuição da desigualdade social por meio da transferência de renda a famílias em situação de pobreza, com contrapartidas relacionadas à saúde e à educação. Para Draibe (2003), essas políticas representam um movimento de inclusão social e redução das disparidades regionais, responsável por promover um desenvolvimento mais equitativo.

As políticas públicas de saúde, especificamente, são aquelas que visam a garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, promovendo a prevenção, o tratamento e a reabilitação de doenças. Conforme Paim (2008), a saúde pública no Brasil é orientada pelos princípios do SUS, que incluem a universalidade, a integralidade e a equidade.

Essas políticas buscam enfrentar os desafios epidemiológicos, melhorar as condições de vida e saúde da população e reduzir as desigualdades sociais. A implementação das políticas de saúde requer uma articulação entre os diferentes níveis de governo e a participação da sociedade civil, assegurando que as ações sejam eficazes e atendam às demandas de toda a população.

O percurso das políticas públicas de saúde no Brasil remonta ao início do século XX, com as primeiras campanhas de saneamento e combate às doenças infecciosas durante a

República Velha, como as do médico sanitarista Oswaldo Cruz contra a peste e a febre amarela.

A centralização das ações de saúde pública durante o governo Vargas e a criação do Ministério da Saúde em 1953 marcaram importantes avanços institucionais. À época, vale ressaltar, a pasta era um ministério duplo, concentrando as temáticas de saúde e educação.

As décadas de 1960 e 1970, período da ditadura militar²⁸ no Brasil, foram caracterizadas por um modelo de saúde voltado para a medicalização e a intervenção hospitalar, frequentemente excludente das camadas mais pobres da população. Foi somente com o movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980, que se consolidou a luta por um sistema de saúde mais justo e democrático.

No prefácio da publicação *Saúde e Democracia: Histórias e Perspectivas do SUS*, organizado pela atual ministra da Saúde do Brasil, Nísia Trindade, o então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Marchiori Buss, destaca que as condições sociais e de saúde daquela primeira metade de século justificam “a evolução institucional e a manutenção da sua vocação preliminar: endemias ditas rurais, população dispersa, eminentemente do campo, cidades em lenta evolução, alta mortalidade infantil por doenças infecciosas, parasitoses e diarreias” (Lima *et al.*, 2005, p. 10) .

Nessa mesma época, de forma paralela, os grandes institutos passaram a fornecer assistência ambulatorial e hospitalar aos seus segurados, com serviços próprios ou comprados ao setor privado; a população sem qualquer proteção previdenciária, a maioria, procurava assistência em irmandades católicas, as Santas Casas.

O crescimento da Previdência Social foi flagrante do fim da década de 1960 em diante, para dar sustentação ao grande projeto de empresariamento da saúde, que se tornou um setor econômico em constante expansão.

Apesar dos avanços significativos, as políticas públicas de saúde no Brasil enfrentam desafios persistentes, como a insuficiência de recursos, a gestão ineficaz e as desigualdades regionais.

Segundo Viana *et al.* (2018), o subfinanciamento do SUS é um dos principais obstáculos para a garantia de um atendimento de qualidade e integral à população. Além disso, as disparidades no acesso aos serviços de saúde entre diferentes regiões do país

²⁸ Regime autoritário que vigorou entre 1964 e 1985, marcado pela concentração de poder nas mãos de militares e pela supressão de direitos civis e políticos. Esse período começou com o golpe de Estado de 31 de março de 1964, que depôs o presidente democraticamente eleito João Goulart, sob o pretexto de combater o comunismo e preservar a ordem social.

refletem as desigualdades socioeconômicas e a concentração de recursos e infraestrutura. Esse subfinanciamento, ou desfinanciamento, também é sublinhado por Lima *et al.* (2005):

O direito universal à saúde, princípio basilar de um SUS abrangente e inclusivo, que seria assegurado pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social, foi pejorativamente designado como utopia. O desfinanciamento do SUS, conseqüente ao compromisso dos sucessivos governos de obter elevados superávits primários e da 'desconstitucionalização' do orçamento da Seguridade Social, comprometeu de fato a premissa de universalidade do acesso à saúde. (Lima *et al.*, 2005, p. 462).

Os posicionamentos sobre o papel da saúde pública como suplementar à ação do mercado ainda continuam a pautar diversos fóruns de discussão e elaboração de políticas de saúde. Afinal, por muito tempo, o SUS era conhecido como um sistema para pobres — algo que só foi repensado recentemente, principalmente durante seu importante papel no enfrentamento à pandemia de covid-19, a partir de 2020, com estratégias de vacinação em massa.

No âmbito das políticas de saúde, o reconhecimento das necessidades específicas da população LGBTQIA+²⁹ começou a ganhar força no Brasil a partir da redemocratização, na década de 1980. No entanto, apenas nas décadas seguintes é que se percebeu um esforço mais coordenado para atender às demandas dessa população, culminando na criação de políticas específicas.

A criação do SUS em 1988, com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, foi um marco importante para o desenvolvimento de políticas de saúde mais inclusivas. A ideia de que a saúde é um direito de todos abriu caminho para futuras políticas direcionadas a grupos mais vulnerabilizados.

Na década de 1990, o movimento LGBTQIA+ começou a pressionar o governo brasileiro para que a saúde pública oferecesse serviços adequados e inclusivos. A principal preocupação nesse período era a epidemia de HIV/aids, que afetava desproporcionalmente a

²⁹ LGBTQIA+ é a sigla que representa a comunidade composta por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, intersexuais e qualquer pessoa que não se identifica como heterossexual e/ou cisgênero. Desde a década de 1970, a sigla passou por diversas alterações para refletir de forma mais inclusiva a diversidade sexual e de gênero. Em seus primórdios, foi adotada como GLS (gays, lésbicas e simpatizantes) e, posteriormente, como GLBT (gays, lésbicas, bissexuais e transexuais). Nesta dissertação, utilizaremos LGBTQIA+ como a sigla padrão, alinhando-se às diretrizes do Ministério dos Direitos Humanos do Brasil. Disponível em: www.gov.br/mdh/pt-br. Acesso em: 28.jan.2025

essa parcela da população, levando à criação de políticas emergenciais voltadas para a prevenção e o tratamento da doença. No entanto, a assistência à saúde para pessoas trans ainda não era uma prioridade.

Foi somente nos anos 2000 que o governo brasileiro começou a implementar políticas específicas para a população LGBTQIA+ no setor de saúde, em resposta a pressões sociais e ao reconhecimento das disparidades no acesso aos serviços de saúde. Esse percurso será aprofundado ao longo desta pesquisa.

3 PERSPECTIVAS AVALIATIVAS E METODOLÓGICAS

O presente capítulo aborda a perspectiva avaliativa e a metodologia adotada nesta dissertação, com foco nas políticas públicas de saúde para a população transgênero, particularmente no contexto do ambulatório Sertrans em Fortaleza, no Ceará. A investigação se baseia em uma abordagem qualitativa, combinando a revisão de literatura, análise documental e aplicação de questionário com pacientes do serviço. O objetivo é analisar a trajetória de implementação do equipamento e avaliar a percepção de usuários(as) acerca do atendimento prestado pelo ambulatório Sertrans, identificando as potencialidades e os desafios do serviço.

Ao adotar um modelo de avaliação em profundidade, proposto por Rodrigues (2008), o capítulo traz uma análise detalhada dos fluxos entre a concepção da política e sua aplicação, incluindo momentos de descontinuidade e reorientação. Este enfoque metodológico busca abarcar a complexidade das interações sociais e institucionais envolvidas no atendimento à população trans, utilizando a triangulação de dados para garantir a validade das conclusões e contribuir com recomendações para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde dessa população.

3.1 Perspectiva avaliativa

Avaliar políticas públicas significa analisar de forma sistemática os processos, contextos, resultados e impactos de uma ação estatal, com o objetivo de compreender sua efetividade, eficiência, equidade e relevância social. No Brasil, o campo da avaliação ganhou força institucional a partir da década de 1990, sobretudo com a ampliação das políticas sociais e com pressões por maior racionalidade administrativa e transparência na gestão pública. Desde então, diferentes modelos avaliativos vêm sendo utilizados, variando de abordagens estritamente técnicas e quantitativas até propostas mais críticas e interpretativas.

A perspectiva hegemônica, muitas vezes atrelada ao paradigma positivista, busca mensurar resultados a partir de indicadores previamente definidos, centrando-se em critérios de eficácia e custo-benefício. Embora útil para determinados objetivos, essa abordagem tende a desconsiderar aspectos contextuais, simbólicos e estruturais que influenciam diretamente a implementação e os efeitos das políticas. Em contraponto, surgem abordagens contra-hegemônicas que compreendem a política pública como um processo social dinâmico, sujeito a conflitos, disputas e reconfigurações.

É nesse escopo que se insere a avaliação em profundidade, proposta por Rodrigues

(2008), adotada nesta pesquisa. Trata-se de uma abordagem interpretativa que busca compreender a política em sua complexidade, atentando não apenas para os resultados, mas para os sentidos, percursos, rupturas e contradições que marcam sua trajetória. Em vez de reduzir o objeto a variáveis isoladas, a avaliação em profundidade propõe mergulhar nas múltiplas dimensões que constituem a política, valorizando tanto os dados empíricos quanto os contextos simbólicos, institucionais e históricos que os atravessam.

Essa abordagem é especialmente adequada ao objeto deste estudo — a avaliação do Serviço Ambulatorial Transdisciplinar para Pessoas Transgênero (Sertrans), criado pelo Governo do Ceará —, uma vez que permite examinar criticamente os efeitos simbólicos, territoriais e institucionais de sua alocação inicial em um hospital psiquiátrico, bem como os deslocamentos que marcam sua implementação e funcionamento até março de 2025.

Segundo Rodrigues (2008), a avaliação em profundidade contempla quatro eixos fundamentais: **análise do conteúdo da política**, considerando sua formulação, coerência interna e fundamentos conceituais; **análise do contexto de formulação**, que permite compreender as condições políticas, sociais e institucionais em que a política foi concebida; **trajetória institucional**, observando os caminhos e reconfigurações que a política percorre entre a concepção e a ação; **espectro temporal e territorial**, analisando o tempo e o espaço como dimensões que impactam a concretização da política.

Assim, desta perspectiva, quanto mais mergulhamos na situação estudada, mais ampliamos o campo de investigação. Olhamos à frente e para os lados, acima e abaixo, porque a compreensão focada, direcionada, certamente a mais fácil, com certeza será sempre limitada. Ou, mesmo, poderíamos correr o risco de, na busca de análises tão aprofundadas, perdermos o contato com a superfície, numa alusão à feliz observação de Geertz (1978:40) sobre a falácia de esforços na busca incessante por modelos inquestionáveis e verdades absolutas. (Rodrigues, 2008, p. 10).

Estes quatro eixos estão alinhados aos objetivos desta pesquisa. A análise do conteúdo da política permitiu examinar a concepção original do Sertrans, suas bases normativas e conceituais. A análise de contexto buscou compreender as pressões sociais, institucionais e políticas que motivaram a criação do serviço, em especial após o assassinato

de Dandara dos Santos e a atuação das defensorias públicas. A trajetória institucional foi observada por meio do percurso do ambulatório, desde sua criação até a sua mudança de sede, identificando possíveis rupturas e continuidades. Por fim, a dimensão territorial foi explorada para discutir como o espaço de implantação do serviço produz significados que afetam o acesso, o acolhimento e a permanência da população usuária.

Esta pesquisa compreende que nem todos os aspectos propostos por Rodrigues (2008) vão possuir a mesma profundidade, mas haverá uma tentativa de contemplar a multidimensionalidade do objeto em questão, a partir do processamento e da sistematização de dados e de outras informações, principalmente empíricas.

(...) o esforço para desenvolver uma avaliação em profundidade das políticas públicas deve ser empreendido a partir de diferentes tipos de dados e informações: questionários em novos e variados formatos; grupos focais que inovem em relação às propostas tradicionais; entrevistas de profundidade aliadas às observações de campo; análise de conteúdo do material institucional com atenção ao suporte conceitual e às formas discursivas nele expressas; abordagem cultural, com compreensão dos sentidos formulados, em diferentes contextos, sobre um mesmo programa; etc (Rodrigues, 2008, p.11).

Rodrigues (2008) ressalta ainda que essa abordagem exige o uso articulado de diferentes estratégias metodológicas e fontes de dados, como entrevistas em profundidade, observação de campo, questionários, análise documental e abordagem cultural. Para além da coleta, há um esforço sistemático de organização e categorização das informações — inclusive dados verbais provenientes de respostas abertas — como sugerido por Ozanira (2011), de forma a transformá-las em elementos quantitativos e qualitativos que alimentam a análise.

Essa sistematização inclui a construção de tabelas, gráficos, mapas conceituais e sínteses narrativas que, posteriormente, são decompostos para revelar padrões, contradições e articulações possíveis entre os elementos levantados. Trata-se, portanto, de um esforço de interpretação ampliada, que reconhece a política como fenômeno multidimensional, atravessado por disputas simbólicas e estruturais.

Desse modo, os quatro eixos da avaliação em profundidade foram operacionalizados

na pesquisa de forma articulada aos instrumentos de coleta e às categorias analíticas definidas. O conteúdo da política foi examinado por meio da análise documental de portarias, relatórios institucionais e materiais públicos do Governo do Ceará, buscando identificar coerência interna, fundamentos normativos e correspondência entre diretrizes e práticas do Sertrans.

O contexto de formulação foi reconstruído a partir de documentos e registros institucionais, de notícias e de dados secundários, de modo a evidenciar pressões sociais e políticas, como a atuação das defensorias e a repercussão do assassinato de Dandara dos Santos, que influenciaram a criação do serviço.

A trajetória institucional foi analisada a partir da observação participante, de dados quantitativos do próprio ambulatório e da consulta a documentos institucionais que registram sua concepção, implantação e transformações ao longo do tempo. Também foi considerada a ausência ou descontinuidade de registros formais, entendida como parte das condições que moldam a memória e a gestão do serviço.

Por fim, o espectro temporal e territorial foi tratado com base na origem dos usuários, nos tempos de espera e nos deslocamentos, articulando esses dados à discussão sobre o lugar do atendimento e seus efeitos simbólicos. Essa operacionalização possibilitou integrar evidências empíricas, teóricas e contextuais, garantindo densidade analítica e coerência com a abordagem qualitativa e interpretativa adotada.

3.2 Perspectiva metodológica

O estudo de políticas públicas de saúde requer uma compreensão profunda das dinâmicas sociais, culturais e institucionais que influenciam a formulação, a implementação e a avaliação dessas políticas. A abordagem qualitativa tem se mostrado particularmente eficaz nesse campo, pois permite a exploração de questões complexas, como as interações entre diferentes atores, as percepções dos beneficiários das políticas e os contextos específicos em que as políticas são aplicadas.

Os métodos qualitativos — como grupos focais, observação participante e análise documental — constituem ferramentas valiosas para a investigação de políticas públicas de saúde, pois permitem captar as nuances das experiências humanas e as complexidades dos contextos sociais. Segundo Minayo (2010), a triangulação desses métodos fortalece a validade das conclusões, ao proporcionar uma compreensão mais ampla e diversificada dos fenômenos analisados.

Nesta pesquisa, adotamos essa abordagem metodológica, tendo o espaço do ambulatório, então situado no HSM, como principal fonte direta de dados empíricos. Conforme destaca Godoy (1995), nos estudos qualitativos, “valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada”, o que reforça o papel central do pesquisador como instrumento de coleta e interpretação das informações.

Para avaliar a percepção quanto ao atendimento prestado, foi aplicado questionário com pacientes. Os instrumentos de coleta, bem como outras documentações necessárias para avaliar a conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012³⁰ do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram submetidos e aprovados pela Plataforma Brasil. Mais do que uma etapa metodológica, a escuta dos sujeitos por meio do questionário também levanta questões éticas e epistemológicas sobre quem fala e quem é ouvido nos processos avaliativos. Essa dimensão crítica é explorada por Gussi e Breyner (2017), no artigo *Pode o subalterno avaliar?*, em que discutem a participação de grupos marginalizados na avaliação de políticas públicas, inspirando-se na célebre pergunta de Gayatri Spivak: "Pode a subalterno falar?".

Os autores exploram como o subalterno pode não apenas ser objeto, mas também sujeito de processos avaliativos, desafiando as estruturas tradicionais de poder na avaliação. Eles criticam os modelos tradicionais de avaliação de políticas públicas, que frequentemente reproduzem relações de poder desiguais. Nessas abordagens, o papel do subalterno é frequentemente passivo, limitado a fornecer dados ou ser avaliado, sem ter real influência sobre os critérios e os resultados da avaliação.

Os autores trazem uma abordagem descolonial, questionando as epistemologias dominantes que definem o que é considerado válido no campo da avaliação. Eles argumentam que o subalterno deve ter o direito de contestar e participar ativamente na construção de critérios, indicadores e metodologias de avaliação. Para eles, “uma avaliação emancipatória deve ser construída com aqueles que vivem as realidades das políticas avaliadas, reconhecendo seu saber e sua agência” (Gussi; Breyner, 2017, p. 18).

Essa perspectiva dialoga com a análise de narrativas, amplamente utilizada em pesquisas de políticas públicas de saúde, como na abordagem de Bento (2017). Esse método permite explorar como diferentes atores, desde formuladores de políticas até beneficiários, constroem e interpretam políticas em suas vidas cotidianas.

³⁰ A resolução estabelece normas e diretrizes para pesquisas que envolvam seres humanos, sendo o primeiro marco regulatório nacional sobre ética aplicada à pesquisa.

Para Souza (2013), a análise de narrativas é particularmente eficaz para revelar desigualdades e injustiças ocultas em práticas e discursos oficiais. Esta abordagem, ao valorizar as vozes marginalizadas, contribui para uma compreensão mais crítica e inclusiva das políticas públicas.

Alguns dados também são pertinentes para compor a avaliação, a exemplo da quantidade de pessoas trans atendidas desde a implementação do serviço, a origem dessas e desses pacientes, a relação de procedimentos disponíveis no ambulatório e as qualidades destes, a fim de ampliar o universo informacional em torno do objeto.

Apesar das inúmeras vantagens, compreende-se que a pesquisa qualitativa enfrenta desafios, especialmente no que diz respeito à sua generalização e à subjetividade inerente aos métodos utilizados. Como aponta Carvalho (2021), é fundamental que os pesquisadores mantenham uma postura reflexiva e crítica, reconhecendo os limites de suas interpretações e buscando validar suas conclusões por meio de uma triangulação rigorosa de dados.

Outro desafio é a resistência que a pesquisa qualitativa ainda enfrenta em alguns círculos acadêmicos e políticos, onde a preferência por dados quantitativos e "objetivos" pode marginalizar achados qualitativos. Entretanto, como argumenta Denzin (2018), a integração de abordagens qualitativas e quantitativas é o caminho mais promissor para uma compreensão completa e abrangente das políticas públicas de saúde.

3.1.1 Quanto ao levantamento dos dados

Para a coleta dos elementos da pesquisa, foi realizada, inicialmente, uma revisão bibliográfica, a fim de obter e discutir alguns estudos relacionados às especificidades da população trans, principalmente no que tange ao seu acesso aos serviços de saúde. Também foram feitas investigações sobre estudos relacionados ao objeto desta pesquisa: o ambulatório Sertrans.

Foram consultadas, no mínimo, três bases de dados: a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), o Repositório Institucional da Universidade Federal do Ceará (UFC) e a plataforma SciELO. As buscas realizadas com os termos “saúde trans no Ceará” e “ambulatório Sertrans Ceará”, no recorte dos últimos cinco anos, não identificaram estudos que tratassem especificamente da assistência em saúde à população transgênero no âmbito do ambulatório Sertrans. As dissertações e artigos encontrados abordam a temática da saúde trans no Ceará de forma mais ampla, sem foco exclusivo na experiência desse serviço em particular.

Posteriormente, foi realizado levantamento de leis, decretos, portarias e outros documentos institucionais que orientassem políticas públicas de saúde das pessoas LGBTQIA+ no Brasil e no Ceará. Algumas solicitações foram realizadas via Portal da Transparência do Estado: desenho da política pública referente ao ambulatório Sertrans, o balanço de atendimentos a pessoas trans no serviço desde sua implementação. O pedido indicava que a resposta deveria separar os dados por ano, município de origem e gênero (transmasculino, transfeminino, travesti e não binário). O pedido, de número 6841161, foi aberto em abril de 2024 e respondido três meses depois, sem as informações sociodemográficas segmentadas. Os números foram atualizados em abril de 2025 pela Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza (SRFOR) via e-mail. Segundo a resposta institucional, os números em 2020 foram reduzidos devido ao início da pandemia de covid-19, que afetou a continuidade do serviço

Na etapa seguinte, as pessoas atendidas no Sertrans foram convidadas, presencialmente, a responder a um questionário físico constituído por perguntas abertas e fechadas. A aplicação foi realizada de novembro de 2024 a janeiro de 2025, às quintas-feiras, dia destinado pela unidade hospitalar ao atendimento de pacientes do ambulatório. Além disso, foi realizada observação participante em alguns encontros em grupo de pacientes com o serviço de Psicologia do ambulatório. Todos os contatos foram formalizados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no **Apêndice A**.

Segundo Barroso (1997), a observação participante é um compromisso do pesquisador em compreender as práticas sociais a partir das perspectivas dos sujeitos, com empatia e respeito por cada realidade. Cardoso (1986) afirma que esse método permite captar nuances do comportamento social em contextos de saúde, que dificilmente seriam identificados por métodos quantitativos.

Na pesquisa qualitativa, especialmente no campo das políticas públicas, a escolha dos métodos de coleta de dados é crucial para garantir uma compreensão profunda e contextualizada dos fenômenos investigados. Entre os métodos mais utilizados, estão os questionários e as entrevistas, cada um com suas especificidades, vantagens e limitações. Esses instrumentos são fundamentais para captar percepções, opiniões e experiências dos indivíduos envolvidos ou afetados pelas políticas públicas, oferecendo uma visão mais rica e detalhada do que as abordagens quantitativas isoladas poderiam proporcionar.

Os questionários, apesar de frequentemente associados a pesquisas quantitativas, também desempenham um papel importante na pesquisa qualitativa. Quando bem elaborados, permitem coletar dados sobre percepções e experiências subjetivas dos respondentes,

oferecendo uma estrutura que facilita a análise de temas recorrentes e padrões de respostas.

Segundo Gil (2008), os questionários qualitativos são úteis para explorar aspectos como valores, atitudes e crenças em relação a determinadas políticas públicas. Para que isso seja eficaz, algumas perguntas devem ser abertas e flexíveis, permitindo que os respondentes expressem suas opiniões e sentimentos de maneira mais livre.

Como aponta Patton (2015), a clareza e a neutralidade das perguntas são essenciais para garantir que os dados coletados sejam genuinamente representativos das percepções dos participantes.

3.1.2 Descrição dos instrumentos de coleta

O questionário foi criado com o objetivo de recolher dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, como faixa etária, raça/cor, renda familiar mensal, gênero e município de origem. Essas informações não são consolidadas pelo ambulatório. A coleta de dados realizada nesta pesquisa, portanto, fornecerá os dados à unidade de saúde, e não o contrário. Além disso, o instrumento buscou avaliar o nível de satisfação sobre a assistência no serviço de saúde em estudo. **Ver apêndice B.**

O questionário foi constituído por 17 perguntas, das quais nove (9) são de múltipla escolha; cinco (5) questões seguem a escala Likert, em que os respondentes são solicitados a indicar seu nível de satisfação com cada afirmação. A escala vai de 0 a 4, em que 0 é “muito insatisfeito” e 4 é “muito satisfeito”. Duas perguntas possuem caixa de seleção, podendo ser escolhidas mais de uma opção. Outras duas perguntas são totalmente abertas. Somente essas duas não são obrigatórias.

O instrumento foi impresso e aplicado presencialmente. No material, um texto informativo destaca a participação voluntária, o objetivo da pesquisa e demais informações relativas ao estudo, ao pesquisador, à orientação, ao programa e à instituição.

Além do questionário aplicado, utilizou-se também o diário de campo como instrumento de registro qualitativo. Nele foram anotadas observações realizadas durante a permanência no lócus da pesquisa, contemplando tanto descrições factuais do ambiente, das interações e das dinâmicas institucionais, quanto reflexões acerca das situações vivenciadas. O diário de campo permitiu captar elementos não verbalizados nos questionários, como expressões corporais, gestos, silêncios e ambiências, aspectos fundamentais para compreender os efeitos simbólicos e estruturais que atravessam a experiência das pessoas trans no serviço de saúde. Conforme destaca Minayo (2010), o uso de registros sistemáticos durante a observação amplia a densidade da análise qualitativa, pois possibilita a articulação entre o vivido, o percebido e o interpretado, fortalecendo a triangulação metodológica adotada neste estudo.

Nesta breve apresentação, ressalta-se que as informações coletadas foram tratadas com total confidencialidade e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, e que os dados serão apresentados de forma agregada, sem identificação individual.

Antes de iniciar os questionamentos, foi apresentado o TCLE. Após a leitura do documento, o(a) participante manifestou, de forma livre e espontânea, sua concordância em

participar do estudo. A resposta ao questionário foi realizada de forma autônoma e individual pelos(as) participantes, sem interferência do pesquisador durante o preenchimento.

3.1.3 Quanto à análise dos dados

Segundo Gil (2008), a coleta e a análise de dados são etapas cruciais no planejamento de políticas públicas, pois fornecem a base empírica necessária para a tomada de decisões informadas. O autor destaca que, sem um tratamento adequado dos dados, as políticas públicas podem carecer de precisão, levando à implementação de ações ineficazes ou inadequadas. Isso é particularmente relevante no campo da saúde, em que as decisões afetam diretamente a qualidade de vida da população.

Rodrigues (2016) enfatiza a importância de utilizar métodos quantitativos e qualitativos no tratamento de dados, especialmente em políticas públicas de saúde. A autora argumenta que a combinação dessas abordagens permite uma compreensão mais ampla e detalhada dos fenômenos estudados, possibilitando a criação de políticas mais inclusivas e eficazes. A autora também aponta que a análise de dados deve considerar não apenas os números, mas também os contextos sociais, culturais e econômicos nos quais as informações estão inseridas. Por isso, a partir dos questionários, foram coletados dados importantes para essa avaliação.

Para o procedimento analítico dessas informações, foram adotadas as dimensões da triangulação de dados: preparação e análise dos dados empíricos coletados; o diálogo com autores que estudam a temática em questão; e a análise conjuntural da política pública.

A partir do entendimento das três dimensões, salienta-se que, no estudo em que o método é utilizado para a análise qualitativa das informações coletadas, o processo interpretativo deve ser realizado, primeiramente, mediante “uma valorização fenomênica e técnica dos dados primários, em si mesmos e à exaustão”. E, posteriormente, num segundo movimento analítico, as informações devem ser “contextualizadas, criticadas, comparadas e trianguladas” (Marcondes e Brisola *apud* Gomes *et al.*, 2014, p. 204).

Minayo (2010) também discute a relevância desse método como uma estratégia para aumentar a validade das análises em saúde pública. A triangulação, que envolve o uso combinado de diferentes métodos de coleta e análise de dados, permite uma visão mais holística dos problemas de saúde, possibilitando a criação (ou reestruturação) de políticas que atendam de forma mais eficaz às necessidades da população.

3.1.4 Quanto ao lócus e aos sujeitos da pesquisa

A coleta de dados foi realizada em Fortaleza, no ambulatório Sertrans, que esteve sediado, até março de 2025, no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), unidade referência da rede estadual de Saúde. Foram convidados a participar do estudo pacientes em atendimento pelo serviço.

Em relação à amostragem, foi utilizada amostra por acessibilidade ou conveniência, do tipo não probabilística, em que os elementos da amostra são selecionados com base na facilidade de acesso, disponibilidade ou proximidade dos participantes em relação ao pesquisador. Esse método é amplamente utilizado em pesquisas exploratórias e em contextos onde o tempo, os recursos ou a impossibilidade de acessar uma amostra representativa tornam inviável o uso de métodos probabilísticos.

Segundo Gil (2008), a amostragem por conveniência é uma abordagem prática que permite ao pesquisador obter informações de maneira rápida e econômica. Esse método é frequentemente utilizado em estudos piloto, em que o objetivo é explorar uma área de pesquisa antes de conduzir um estudo mais amplo e representativo.

Rodrigues (2016) ressalta que a amostragem por conveniência é muitas vezes utilizada em pesquisas qualitativas, nas quais a profundidade e a riqueza das informações são mais valorizadas do que a representatividade estatística. Nesse contexto, o foco está em compreender fenômenos complexos a partir das experiências e das percepções dos participantes, o que justifica a escolha de uma amostra baseada na acessibilidade.

Marconi e Lakatos (2017) também discutem a amostragem por conveniência, destacando que ela é comumente usada em estudos de campo, onde o pesquisador tem acesso limitado a uma população maior. Eles apontam que, apesar das críticas, esse método pode ser adequado em situações em que a população-alvo é difícil de alcançar ou onde os recursos para a pesquisa são limitados, como é o caso desta pesquisa.

Um exemplo clássico de aplicação da amostragem por conveniência pode ser encontrado em pesquisas realizadas em ambientes específicos, como escolas, clínicas ou comunidades, em que os participantes são selecionados com base em sua disponibilidade e disposição para participar da pesquisa. Esses estudos podem fornecer percepções valiosas, mas é fundamental reconhecer que as conclusões obtidas não podem ser facilmente generalizadas para populações mais amplas.

4 PERCURSO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL

Este capítulo traça uma linha histórica e crítica das políticas públicas de saúde destinadas à população trans no Brasil. A análise parte das primeiras iniciativas no campo da saúde coletiva até a consolidação de diretrizes específicas, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. São destacadas as disputas em torno da inclusão das identidades trans no sistema público de saúde, os entraves institucionais e os avanços normativos que marcaram a trajetória dessas políticas. O capítulo também evidencia a importância dos movimentos sociais na construção de um campo de atenção que reconheça os direitos e as especificidades da população trans, articulando a saúde ao respeito à diversidade de gênero.

4.1 Do estigma à política: marcos históricos da saúde LGBTQIA+ no Brasil

No Brasil, a visibilidade de questões relacionadas à saúde da população LGBTQIA+ deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento à epidemia de HIV/aids³¹, em parceria com movimentos sociais. Inclusive, a primeira travesti advogada a obter carteira profissional da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a cearense Janaína Dutra, participou da elaboração da primeira campanha de prevenção ao HIV e à aids, destinada especificamente às travestis.

À época, a epidemia era fortemente relacionada a homens gays ou a homens que fazem sexo com homens (HSH)³². Diante do cenário, em 1985, o governo federal criou o *Programa Nacional de DST³³/AIDS*, voltado para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, com atenção especial à população LGBTQIA+.

Em 1990, outro marco: a Organização Mundial da Saúde removeu a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID), um passo crucial para a despatologização e a promoção dos direitos das pessoas LGBTQIA+.

Antes dessa mudança, a homossexualidade era tratada como um transtorno mental,

³¹ Aids é o estágio mais avançado da infecção por HIV. Pessoas vivendo com o vírus não necessariamente desenvolvem aids.

³² Esta categoria foi criada como uma resposta às necessidades de saúde pública para entender melhor e abordar a epidemia de HIV/aids. O termo foca no comportamento sexual em vez da identidade sexual. A categoria pode incluir, por exemplo, pessoas que se identificam como bissexuais, heterossexuais ou quem não se identifica com nenhuma orientação sexual específica.

³³ A mudança de nomenclatura de DST (Doença Sexualmente Transmissível) para IST (Infecção Sexualmente Transmissíveis) enfatiza a ideia de que uma infecção pode estar presente sem necessariamente causar sintomas imediatos. Ao utilizar o termo IST, reforça-se a importância do diagnóstico precoce e da prevenção, destacando que, mesmo na ausência de sintomas, é fundamental realizar testes regulares para identificar e tratar infecções, o que evita a progressão para doenças e a transmissão para outras pessoas.

sendo considerada uma doença mental no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) até 1973, quando foi retirada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). No entanto, a OMS demorou mais 17 anos para realizar uma alteração equivalente no CID.

A decisão de 1990 foi baseada em evidências científicas que mostravam que a homossexualidade não poderia ser considerada um distúrbio, nem havia qualquer base clínica que justificasse sua permanência como uma categoria patológica.

Autoras como Judith Butler (2004) e Adrienne Rich (1980) analisam as construções sociais em torno da sexualidade, apontando que a ideia de “desvio” foi criada em um contexto de controle social, moral e científico que legitimava a heteronormatividade como norma. O processo de patologização da homossexualidade serviu, por séculos, para marginalizar indivíduos LGBTQIA+, resultando em discriminação sistemática e exclusão do acesso a direitos fundamentais, como a saúde.

A patologização das identidades sexuais não heteronormativas não é apenas uma questão médica, mas também uma questão política. O discurso médico que categoriza a homossexualidade como uma doença reflete uma forma de controle social que visa regular e disciplinar as práticas sexuais (Butler, 2004, p. 45).

Rich (1980) corrobora com o pensamento de Butler ao afirmar que as sociedades têm uma tendência a considerar a homossexualidade - no caso, a experiência lésbica -, não apenas como uma escolha, mas como uma patologia que deve ser corrigida. “A heterossexualidade é vista como a norma, enquanto as experiências lésbicas são frequentemente relegadas a uma posição de marginalidade, fazendo com que a sexualidade das mulheres seja subordinada a padrões patriarcais.” (Rich, 1980, p. 647).

Ao remover o rótulo de “doença”, a OMS contribuiu para o avanço dos direitos humanos, especialmente no contexto da saúde, no qual a discriminação institucionalizada, antes justificada pela patologia, começou a ser contestada. A retirada da homossexualidade do CID representou, assim, uma quebra fundamental da ligação entre identidade sexual e patologia.

Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada pelo Conselho Nacional de Saúde, foi mais uma importante iniciativa para a promoção da saúde e dos direitos desse público. Na ocasião, estabeleceu-se a base para a inclusão dessa população nas políticas

públicas de saúde.

Mais adiante, em 2004, iniciou-se a formulação da *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*³⁴ pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir o direito à saúde para essa população, reconhecendo as especificidades de gênero e sexualidade nas demandas de saúde. Esse instrumento foi instituído somente em 2011, sendo implementado em 2013.

O documento seguiu diretrizes do então *Programa Brasil sem Homofobia*, iniciado em 2006 sob coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) - um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa população, como os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença.

A partir desta Política, foi incluída a garantia do uso do nome social³⁵ para os usuários da saúde na *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* e outras demandas específicas das populações de travestis e transexuais por meio de atos normativos internos, como o que instituiu e regulamentou o processo transexualizador³⁶.

São diretrizes da assistência ao(à) usuário(a) com demanda para a realização do procedimento no SUS, por exemplo, a oferta da integralidade (não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização), do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e da integração com as ações e serviços em atendimento ao processo transexualizador, tendo como porta de entrada a atenção básica em saúde.

A incorporação do processo transexualizador no SUS foi a primeira grande conquista da população trans. Este processo, instituído em 2008 pela Portaria nº 1.707 do Ministério da Saúde, garantiu a oferta de procedimentos como a hormonização e a cirurgia de redesignação sexual, além de acompanhamento psicossocial (BRASIL, 2008). Esta política foi uma resposta à demanda crescente da população trans por cuidados específicos de saúde, reconhecendo a necessidade de um atendimento que respeitasse a identidade de gênero e as peculiaridades dessa população.

Em 2013, uma nova portaria (nº 2.803) do Ministério da Saúde ampliou o processo transexualizador, permitindo que cirurgias de redesignação sexual fossem realizadas em

³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/politicanacionallgbt>. Acesso em: 1 out. 2024.

³⁵ Apesar de o uso do nome social para os usuários da saúde estar garantido desde 2011, o Governo do Ceará sancionou lei em 2019 que assegura às pessoas transexuais e travestis o direito à identificação pelo nome social em atos e procedimentos realizados pela administração pública direta e indireta e nos serviços privados de ensino, saúde, previdência social e de relação de consumo.

³⁶ BRASIL. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 nov. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/portarianacionallgbt>. Acesso em: 1 out. 2024.

hospitais universitários, além dos centros de referência já existentes. Almeida (2014), inclusive, destaca que essa medida foi crucial para descentralizar o atendimento e reduzir as desigualdades regionais no acesso a cuidados especializados para a população trans.

Embora a implementação do processo transexualizador tenha sido um avanço significativo, ainda existem desafios na efetivação plena dessa política. Bento (2017) observa que a luta pela saúde integral de pessoas trans continua, especialmente em relação ao acesso equitativo e à qualidade do atendimento. A falta de formação específica de profissionais de saúde, a resistência cultural e a discriminação persistente em muitos serviços de saúde ainda dificultam o acesso da população trans aos cuidados adequados.

Duarte *et al.* (2019) destacam que a implementação das políticas deve ser acompanhada de um constante processo de formação e sensibilização dos profissionais de saúde para garantir um atendimento que respeite a identidade de gênero. Complementando, Gomes (2018) enfatiza que a resistência cultural “ainda é um grande desafio para a implementação de políticas de saúde que atendam adequadamente as necessidades da população trans, perpetuando a discriminação e a exclusão social.” (GOMES, 2018, p. 78).

Outra conquista para a população LGBTQIA+ no âmbito da saúde foi a inclusão, em 2017, da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao SUS, marcando um avanço significativo na prevenção ao HIV entre grupos vulneráveis, incluindo homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas trans.

Para Campos (2018), a incorporação de tecnologias em saúde, como a PrEP, “deve ser vista não apenas como uma medida de saúde pública, mas também como um reconhecimento das especificidades das populações marginalizadas e da necessidade de políticas que garantam o acesso à saúde de forma equitativa” (Campos, 2028, p.123).

A inclusão dessa profilaxia também aponta para a necessidade de uma abordagem integrada de saúde que forneça medicamentos e que promova educação sobre sexualidade, saúde mental e direitos humanos.

De acordo com Silva (2020), a implementação eficaz da PrEP deve estar acompanhada de estratégias de conscientização e educação em saúde que abordem os estigmas e preconceitos enfrentados por HSH e pessoas trans.

Outra conquista da população LGBTQIA+, desta vez no campo da educação, foi a implementação, de forma autônoma por algumas instituições de ensino, de políticas de cotas para pessoas trans, ampliando o acesso desse grupo ao ensino superior e, por extensão, à formação e capacitação profissional na área da saúde. As universidades Federal do Sul da Bahia (UFSB) e de Brasília (UnB) foram algumas das primeiras a adotar essa política.

As políticas de cotas são fundamentais para a promoção da igualdade de oportunidades e para a inclusão de grupos historicamente marginalizados, como a população trans. A adoção de tais políticas nas universidades não apenas amplia o acesso a uma educação de qualidade, mas também contribui para a formação de profissionais mais conscientes e sensíveis às demandas da diversidade sexual e de gênero, especialmente na área da saúde, onde a experiência e a vivência de cada indivíduo podem enriquecer a prática profissional. (Souza; Oliveira, 2019, p. 39)

Segundo Barros (2020), iniciativas como essa são essenciais para combater a exclusão social e promover a inclusão de pessoas trans em todas as esferas da sociedade. Para ele, “medidas que visam a promoção da igualdade de oportunidades são imprescindíveis para o enfrentamento das desigualdades que a população trans enfrenta, sendo a saúde um campo que requer atenção especial” (Barros, 2020, pg.45).

Em 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que pessoas trans podem alterar seu nome e gênero em documentos oficiais sem a necessidade de cirurgia ou processo judicial³⁷, um marco na garantia dos direitos dessa população, facilitando o acesso a serviços de saúde de forma digna e respeitosa.

No mesmo ano, a transexualidade foi retirada da lista de transtornos mentais na Classificação Internacional de Doenças (CID) pela OMS. A mudança ocorreu com a publicação da 11ª versão da CID (CID-11), que reclassificou a transexualidade como "incongruência de gênero" e a colocou em uma nova categoria chamada "Condições Relacionadas à Saúde Sexual".

A medida buscou remover o estigma associado à transexualidade, que antes era considerada um transtorno mental, ao mesmo tempo em que manteve a possibilidade de acesso a cuidados de saúde para pessoas transgênero que necessitam de apoio médico para a transição de gênero.

Segundo Duarte (2019), "a despatologização da transexualidade é uma conquista histórica que reflete uma mudança no paradigma da saúde, buscando afastar o estigma e a discriminação associados a essa condição" (2019, p. 78).

³⁷ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **STF reconhece a transgêneros possibilidade de alteração de registro civil sem mudança de sexo.** Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=371085>. Acesso em: 1 out. 2024.

A CID-11 entrou oficialmente em vigor em janeiro de 2022, após a aprovação pelos estados-membros da OMS em 2019. Essa mudança foi uma importante conquista na luta pelos direitos da população trans, pois ajudou a despatologizar a transexualidade e promover uma abordagem mais inclusiva na saúde pública.

Mais recentemente, a pandemia de covid-19, declarada em 2020 pela OMS, acentuou vulnerabilidades específicas da população LGBTQIA+, como a maior exposição a fatores de risco e a exclusão do mercado de trabalho, que impactaram negativamente seu acesso à saúde – no caso do ambulatório Sertrans, isto pode ser confirmado pelo Gráfico 1.

De acordo com Diniz (2021), esse período exacerbou as desigualdades já existentes, “e a população LGBTQIA+ foi uma das mais afetadas, enfrentando não apenas o risco de contágio, mas também o agravamento da saúde mental devido ao isolamento social e à precarização das condições de vida” (2021, p. 150).

Nesse período, houve sobrecarga dos sistemas de saúde, o que levou à suspensão ou ao adiamento de muitos serviços considerados não emergenciais, incluindo o atendimento especializado para pessoas trans, como hormonioterapia. Isso gerou um impacto significativo na saúde mental e física dessa população, que depende desses cuidados para seu bem-estar.

4.2 Vulnerabilidades e violências

Outra publicação do Ministério da Saúde, intitulada *Transexualidade e Travestilidade na Saúde*, chama a atenção para modificações corporais e automedicação (incluindo hormonioterapia) da população transgênero sem o devido acompanhamento médico, uma das principais causas associadas a mortes deste público. Somam-se a elas os atos de violência contra este grupo, o que corrobora para que a idade média de morte de pessoas trans e travestis seja de 35 anos³⁸. Segundo Moira (2016), “as estatísticas que colocam a expectativa de vida de uma pessoa trans no Brasil em menos de 40 anos são mais do que números: são um grito de urgência por transformação social”.

Bento (2006) aponta que a ausência de acompanhamento adequado reflete a exclusão estrutural que as pessoas trans enfrentam no sistema de saúde, exacerbada pela falta de políticas públicas que promovam o acesso equitativo a serviços especializados. Godoi et al. (2019) corroboram essa análise ao afirmar que a automedicação com hormônios, sem a supervisão de profissionais de saúde, pode causar complicações graves, como trombose,

³⁸ **BENEVIDES, Bruna G.** Dossiê: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023. Brasília, DF: ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais), Distrito Drag, 2024. 125 p. ISBN: 978-85-906774-9-9.

hipertensão e doenças cardiovasculares, além de aumentar o risco de câncer.

Essa vulnerabilidade é agravada pela marginalização social e pela violência sistemática dirigida contra pessoas transgênero, como indicado por Pelúcio (2009), que argumenta que “a transfobia está profundamente enraizada nas estruturas sociais e institucionais, o que resulta na exclusão dessas pessoas de espaços de poder e recursos” (2009, p.76), incluindo o sistema de saúde.

Além dos riscos à saúde, a violência contra a população transgênero é uma realidade constante, evidenciada em dados como os apresentados por Carrara (2016), que ressalta que o Brasil é um dos países com maiores índices de homicídios de pessoas trans, motivados pelo ódio e pela intolerância.

O dossiê *Assassinatos e Violências contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2023*, publicado pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) em 2024, revela que houve pelo menos 145 assassinatos de pessoas trans brasileiras em 2023. A mais jovem tinha 13 anos. Os números representam um aumento de mais de 10% das ocorrências em comparação com o ano anterior. Além disso, foram registrados 10 casos de suicídio, o que destaca a vulnerabilidade psicológica e social enfrentada por essa população. Esses dados estão em consonância com as análises de Bento (2017), que apontam que a violência estrutural, alimentada por preconceitos enraizados e pela desumanização dessas identidades, coloca as pessoas trans em uma posição de extrema vulnerabilidade.

Os números posicionam o Brasil como o país que mais assassinou pessoas trans pelo 15º ano consecutivo. Também se destaca, ironicamente, como o maior consumidor de pornografia trans nas plataformas de conteúdo adulto, o que evidencia a fetichização dos corpos trans ao mesmo tempo em que essas pessoas são marginalizadas e violentadas.

Preciado (2008) discute essa contradição, afirmando que a sociedade capitalista e patriarcal produz e explora sexualmente os corpos dissidentes, ao mesmo tempo que os rejeita em outros contextos sociais. A pornografia, segundo o autor, não é apenas um fenômeno de consumo, “mas uma tecnologia de gestão dos corpos e das subjetividades”, em que “o capitalismo sexual se apropria dos corpos marginalizados, os transforma em objetos de desejo, mas nunca lhes confere uma agência plena” (2008, p. 35).

O corpo trans é hipervisibilizado e eroticamente explorado, ao mesmo tempo que, no espaço público, continua sendo alvo de violência e exclusão. Essa contradição é um reflexo da lógica de produção

capitalista, que transforma o corpo em objeto de consumo enquanto anula sua subjetividade (Preciado, 2008, p. 38)

Butler (1990) também reflete sobre essa dinâmica, destacando como a performatividade do gênero é manipulada no “mercado do desejo”, onde os corpos trans são consumidos como objetos de fetiche, mas não são reconhecidos como sujeitos de direitos.

Os corpos transgêneros são fetichizados no âmbito da pornografia e do consumo sexual, mas essa exposição não implica em uma aceitação social ou política. Ao contrário, esses corpos são consumidos como fantasias de prazer, enquanto seus direitos e vidas continuam a ser negados (Butler, 1990, p. 123).

Na série histórica do Dossiê, de 2017 a 2023, o Ceará é o 2º estado onde mais pessoas trans foram assassinadas, com 96 casos. O primeiro lugar do ranking é São Paulo, com 135 ocorrências.

Ainda que subnotificadas, as informações apresentadas no documento explicitam a necessidade de políticas públicas focadas na redução de homicídios e de outros tipos de violência, a fim de traçar um perfil sobre quem são estas pessoas a partir de marcadores sociais (idade, classe, raça, gênero). A pesquisa também cobra do Estado a necessidade do levantamento desses dados, quase inexistentes.

Esse mapeamento segue limitado aos atendimentos de saúde, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e aos relatórios do Disque 100, além de casos publicados em diversos veículos jornalísticos e mídias hegemônicas, alternativas ou locais – que, devido à ausência ou dificuldade de acesso ou subnotificação por parte do Estado, acabam se tornando as principais fontes do Dossiê.

No Atlas da Violência 2023³⁹, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), casos de violência psicológica contra pessoas trans e travestis cresceram 20,4% entre 2021 e 2022. Nesse mesmo intervalo, as ocorrências por agressão física contra essa população subiram 9,5%. Jovens de 15 a 29 anos concentram 45% do total de vítimas em todas as categorias (considerando gays, bissexuais e transexuais, por exemplo).

O relatório aponta que travestis negras e jovens são as mais vitimizadas, o que

³⁹ Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1643-dashboard-lgbtqi-06-12.pdf>. Acesso em: 1 out. 2024.

evidencia as interseccionalidades entre raça, classe e gênero — conceito amplamente discutido por Kimberlé Crenshaw (1989). Travestis negras e mulheres trans negras concentram 65% e 58% dos casos, ante travestis brancas (31%) e mulheres trans brancas (35%). Neste caso, as travestis negras são duplamente marginalizadas, tanto pela sua identidade de gênero quanto pela sua raça.

O alto percentual de vítimas entre jovens de 15 a 29 anos também suscita questões sobre a juventude e sua vulnerabilidade em relação à violência. Segundo Silva e Bittencourt (2017), essa faixa etária é frequentemente exposta a ambientes de risco, seja na escola, no trabalho ou na sociedade como um todo, e a discriminação por identidade de gênero e orientação sexual agrava essa situação. Os autores afirmam que "as experiências de vida da juventude LGBTQIA+ são marcadas por uma luta constante por aceitação, frequentemente resultando em exclusão social e violência" (Silva; Bittencourt, 2017, p. 154).

A vulnerabilidade dos jovens se torna ainda mais crítica no contexto das redes sociais e da exposição pública, no qual a pressão para se conformar a padrões normativos pode resultar em bullying, discriminação e violência física ou psicológica.

De acordo com o *Relatório sobre Violência e Saúde* da Organização Mundial da Saúde (OMS), "os jovens LGBTQIA+ são mais propensos a experimentar violência e suicídio devido ao estigma e à discriminação" (OMS, 2021).

4.3 A pressão social e a resposta institucional

No Ceará, a assistência ao processo transexualizador é induzido por um movimento nacional e de militância da população transexual e travesti, que, desde a epidemia de HIV/aids, na década de 1980, vem cobrando uma agenda em busca da institucionalização de direitos para atender a demandas em saúde específicas para este grupo. Nesse contexto, em 2009, o HSM iniciava as atividades do Ambulatório de Transtornos da Sexualidade Humana (Atash), à época com atendimento por livre demanda.

Segundo Machado *et. al* (2022), o Atash realizava atendimento à população trans, “porém com foco biologicista em torno da sexualidade humana”. Com o tempo e o aumento das demandas, no entanto, passou a ser exigido outro perfil de assistência e de profissionais.

Atualmente, o Atash oferece atendimento em Psiquiatria e Psicologia para pessoas que apresentam queixas sexuais diversas. São atendidos casos como disfunções sexuais (diminuição ou ausência do desejo sexual, redução ou ausência da excitação sexual, ejaculação precoce, retardo acentuado ou ausência do orgasmo, dor durante a atividade

sexual, entre outros); transtornos parafilicos (que incluem os transtornos exibicionista, voyeurista, frotteurista, fetichista, pedofílico, sadismo sexual, masoquismo sexual etc.) e transtorno do comportamento sexual compulsivo (como compulsão por relações sexuais com parcerias, masturbação e/ou pornografia).

Em 2016, o decreto estadual nº 31.887 apontou metas de atuação e propostas de políticas públicas que enfrentassem a discriminação contra a população LGBTQIA+. Para atender algumas das metas, instituiu-se, em 2017, o Ambulatório para Pessoas Transexuais e Travestis no Ceará, por meio do Plano Estadual de Enfrentamento à discriminação LGBT e Promoção dos Direitos Humanos LGBT.

O surgimento no fim de 2017 do atual Serviço de Referência Transdisciplinar para Transgêneros (Sertrans) deu-se por solicitação do Governo do Ceará frente à mobilização de movimentos sociais, influenciados pelo crime que vitimou a travesti Dandara dos Santos. A repercussão internacional⁴⁰ do caso acendeu o debate sobre a necessidade de políticas afirmativas no Ceará e no Brasil para a população trans, e o Governo do Estado precisou dar uma resposta à sociedade.

Inicialmente, o Sertrans passou a atender majoritariamente pacientes oriundos do antigo Ambulatório de Atenção à Saúde de Pessoas com HIV/AIDS (Atash), recebendo novos usuários somente a partir de 2019. As atividades incluíam atendimentos psiquiátricos, psicológicos e endocrinológicos, além da realização de exames laboratoriais. Embora sua criação represente um avanço institucional relevante, a política de saúde voltada à população trans no Ceará ainda apresenta limitações significativas.

Como destaca Silva (2022), a inclusão de pessoas trans no campo da saúde ocorreu, em um primeiro momento, de forma diluída nas ações voltadas ao enfrentamento de HIV/aids. A consolidação de serviços especializados, como o Atash e o Sertrans, foi resultado direto da atuação de movimentos sociais organizados. Entretanto, a permanência do Sertrans no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto gerou críticas por reforçar a associação histórica entre transexualidade e patologização. A própria autora observa que “a permanência do ambulatório no referido hospital terminou por ser aceita pelo movimento por lá encontrarem-se os profissionais já capacitados e com experiência no atendimento” (Silva, 2022, p. 71), evidenciando os dilemas enfrentados entre avanços institucionais e a persistência do estigma.

É importante ressaltar que, segundo a normativa vigente do Ministério da Saúde (Portaria nº 2.803/2013), os serviços habilitados para o processo transexualizador SUS devem

⁴⁰ Ver em: <https://bbc.in/3Z8EcaK>. Acesso em: 06.Set.2024

obedecer a diretrizes específicas. Na modalidade ambulatorial, exige-se a presença mínima de um(a) psiquiatra ou psicólogo(a), um(a) assistente social e um(a) endocrinologista ou clínico(a) geral. Já a modalidade hospitalar requer, adicionalmente, a atuação de um(a) urologista, ginecologista ou cirurgião(ã) plástico(a), além de equipe de enfermagem composta por enfermeiros(as) e técnicos(as), conforme determina a Resolução Cofen nº 293/2004.

Com a recente transferência do Sertrans para o Hospital Universitário do Ceará, houve a ampliação da equipe multiprofissional, com a incorporação de um(a) endocrinologista, um(a) assistente social e três clínicos(as) gerais. Segundo informações da Secretaria da Diversidade do Estado⁴¹, os pacientes passam a ter acesso também a exames laboratoriais e de imagem, além de consultas com outros especialistas, conforme a necessidade de cada caso.

A modalidade ambulatorial, característica do perfil do Sertrans, inclui acompanhamento clínico, suporte pré e pós-operatório, além de hormonioterapia, com o objetivo de oferecer atenção especializada no processo transexualizador a pessoas de 18 a 75 anos – crianças e adolescentes fora dessa faixa etária podem ser encaminhadas para Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPS), onde receberão atenção psicossocial. Esses serviços são realizados exclusivamente em estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Embora atendesse às exigências técnicas, a alocação desse serviço em um hospital psiquiátrico — onde permaneceu até março de 2025 — perpetuava estigmas históricos que associam a transexualidade a uma condição patológica. Mesmo após a retirada da transexualidade da Classificação Internacional de Doenças pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, a manutenção desse atendimento em um ambiente psiquiátrico contribuiu para reforçar a noção equivocada de que identidades trans estão necessariamente vinculadas a transtornos mentais. Essa associação indevida segue alimentando estigmas e preconceitos que comprometem a inclusão social e o respeito à diversidade.

Ao associar o atendimento trans ao universo da Psiquiatria, a política pública, em vez de promover inclusão, reforçava a visão patologizante da transexualidade. Como Leite Júnior (2012) aponta, "o espaço físico onde uma política é implementada carrega simbologias que podem reforçar preconceitos históricos, como o entendimento da transexualidade como algo desviante ou doentio" (Leite Júnior, 2012, p. 8).

⁴¹ CEARÁ. Governo do Estado. **Novo espaço do ambulatório Sertrans amplia atendimento à população trans no Ceará**. Fortaleza: Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para LGBT, 24 mar. 2025. Disponível em: <https://www.diversidade.ce.gov.br/2025/03/24/novo-espaco-do-ambulatorio-sertrans-amplia-atendimento-a-populacao-trans-no-ceara/>. Acesso em: 12 abr. 2025.

Conforme o Portal da Transparência do Governo do Ceará⁴², não há nenhum registro da criação e do desenho dessa política no Diário Oficial do Estado (DOE). A ausência do desenho adequado de políticas públicas para sua execução representa um dos principais entraves na implementação de ações governamentais eficazes.

A ausência de planejamento claro em uma política pública — com objetivos definidos, estratégias bem delineadas e mecanismos eficazes de execução e financiamento — frequentemente resulta em uma implementação fragmentada, ineficiente e desalinhada com as reais necessidades do público-alvo. Estudiosos como Freire (1970) destacam que um desenho bem estruturado é fundamental para a efetividade das políticas públicas e para a concretização dos resultados pretendidos.

Nesse sentido, a contribuição de Freire vai além da dimensão técnica do planejamento. Ao relacionar a educação emancipadora com o desenvolvimento de políticas públicas democráticas e inclusivas, o autor propõe uma abordagem crítica que questiona a lógica tecnocrática e defende a construção coletiva das políticas, com a participação ativa das comunidades envolvidas.

O planejamento de políticas públicas deve ser um ato dialógico, respeitando os saberes das populações envolvidas, para que o processo seja verdadeiramente emancipador. Quando o Estado ignora a experiência e o conhecimento popular, ele perpetua relações de opressão e fracassa na implementação de mudanças significativas (Freire, 1970, p. 33)

Matus (1996) desenvolveu o método de Planejamento Situacional, muito influente na América Latina. Ele propõe que o planejamento de políticas públicas leve em consideração o caráter dinâmico e conflituoso das relações entre os diversos atores envolvidos, com foco na viabilidade política e na adaptação às mudanças de contexto.

Nessa perspectiva, Lechner (1988) enfatiza o papel das políticas públicas em sociedades marcadas por desigualdades e polarizações. Ele analisa como os "pátios interiores" (espaços informais) da política muitas vezes são determinantes nos processos de decisão, evidenciando a importância de incorporar a pluralidade de vozes nos processos participativos.

Para o autor, a política pública é um espaço de mediação entre conflitos sociais, não

⁴² Em junho de 2024, foi solicitado ao Portal da Transparência do Governo do Ceará todas as publicações no Diário Oficial do Estado referentes ao ambulatório Sertrans. A resposta, um mês depois, afirmou não haver esses documentos. Número da solicitação: 6904505

podendo ser reduzida a uma questão técnica, e sim ao resultado de negociações e lutas que refletem as dinâmicas de poder na sociedade. A formulação de políticas, portanto, requer sensibilidade às demandas de inclusão e a capacidade de enfrentar as desigualdades estruturais que definem os conflitos sociais.

Para Hogwood e Gunn (1984), por exemplo, a formulação de políticas públicas é um processo complexo que demanda atenção à definição dos problemas a serem enfrentados e à criação de mecanismos práticos que assegurem a execução da política. Os autores afirmam que “a ausência de um desenho claro implica na falta de diretrizes para a implementação, o que, por sua vez, resulta em falhas na execução e, conseqüentemente, no alcance dos objetivos propostos” (Hogwood; Gunn, 1984, p. 56).

Além disso, Pressman e Wildavsky (1984) discutem a importância do planejamento estratégico no ciclo das políticas públicas, especialmente na fase de implementação. Para os autores, “a execução de políticas públicas sem um planejamento adequado é como tentar construir uma casa sem uma planta: o resultado é a desorganização, a perda de recursos e a frustração dos envolvidos” (Pressman; Wildavsky, 1984, p. 90). Eles argumentam, ainda, que a ausência de um planejamento claro compromete os resultados e reduz a credibilidade das políticas perante a sociedade.

No Brasil, Souza (2006) reforça essa perspectiva ao discutir que o desenho inadequado das políticas públicas compromete sua execução, sobretudo em contextos de alta desigualdade social. A autora aponta que “o fracasso na implementação de políticas públicas frequentemente se deve à ausência de uma formulação clara, com diretrizes e objetivos definidos, o que inviabiliza a criação de mecanismos eficientes de monitoramento e avaliação” (Souza, 2006, p. 43).

Outro ponto relevante é trazido por Lima e D'Ascenzi (2011), que afirmam que a ausência de um desenho adequado pode levar a distorções no momento da implementação das políticas públicas, sobretudo em políticas sociais. Eles ressaltam que “o processo de implementação, quando desconectado de um planejamento estruturado, pode resultar em práticas fragmentadas e distantes das necessidades reais da população” (Lima; D'ascenzi, 2011, p. 27). Isso se aplica especialmente a políticas que dependem da coordenação entre diferentes níveis de governo e atores sociais, como as políticas de saúde e educação.

5 AMBULATÓRIO SERTRANS: INCLUSÃO OU PRODUÇÃO DE MARGENS?

Este capítulo analisa criticamente o funcionamento do Ambulatório Sertrans, serviço especializado no atendimento à população trans no Ceará, buscando compreender se sua atuação representa efetivamente uma estratégia de inclusão em saúde ou se contribui, ainda que de forma não intencional, para a manutenção de processos de marginalização.

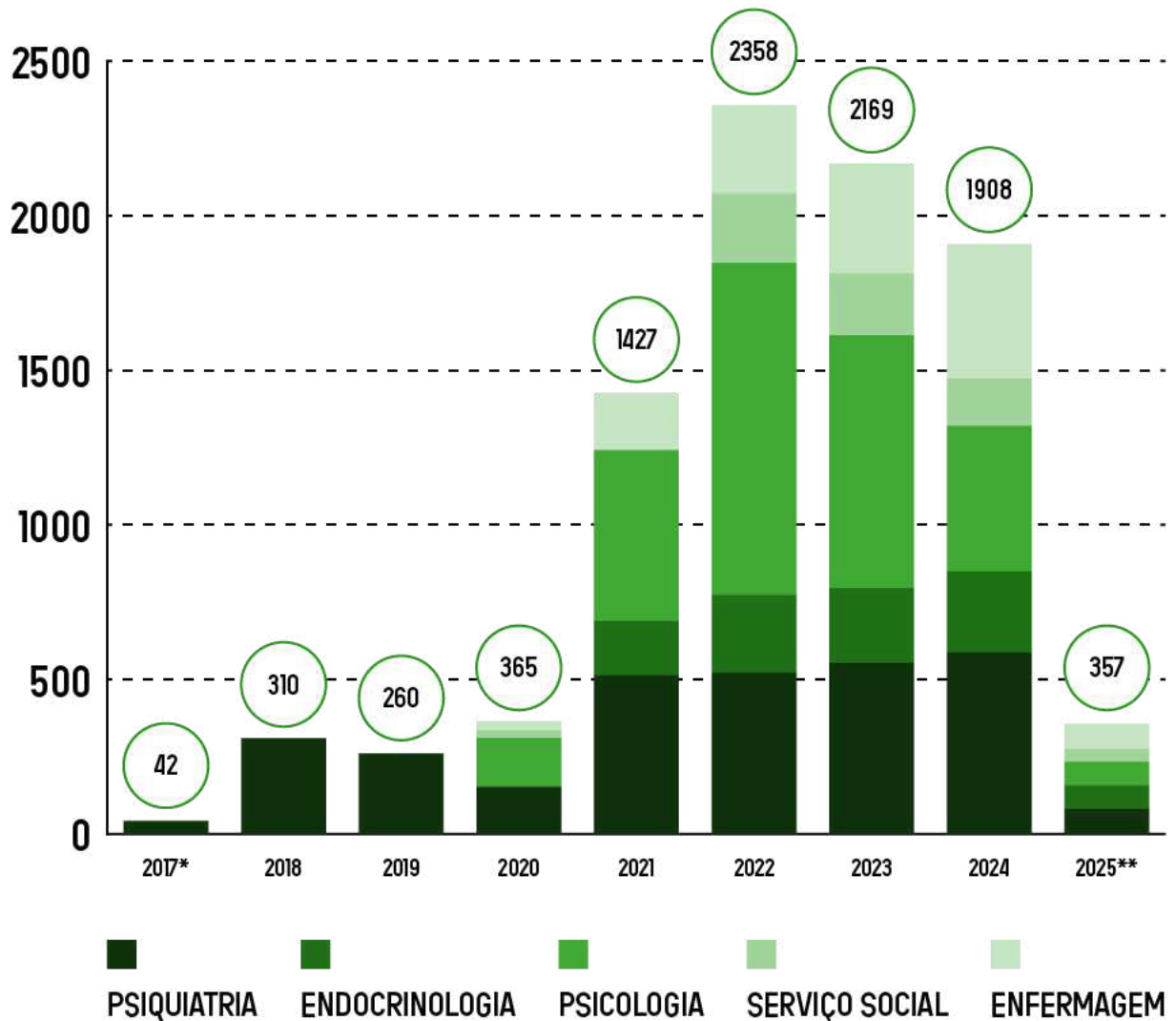
A partir da escuta qualificada de sujeitos trans atendidos pelo serviço, bem como da observação de práticas institucionais e normativas que regem o ambulatório, são discutidas as tensões entre o reconhecimento das especificidades dessa população e as limitações estruturais e simbólicas que perpassam o cuidado. O capítulo propõe uma reflexão sobre o papel dos serviços especializados no Sistema Único de Saúde (SUS), debatendo os limites entre a visibilidade institucional e a reprodução de lógicas de exclusão.

5.1 Números e símbolos: análise crítica da implementação e dos desafios institucionais

A criação do Ambulatório Sertrans foi resultado direto da pressão exercida por movimentos sociais, instituições públicas e entidades da sociedade civil, em um contexto marcado por denúncias de violência e negligência no cuidado à população trans no Ceará, potencializado pelo assassinato da travesti Dandara dos Santos. Este item busca contextualizar o processo de implementação do Sertrans como resposta institucional a esse cenário, problematizando o modo como o Estado articula, tensiona e condiciona a oferta de serviços especializados à emergência pública do debate. Ao examinar os antecedentes políticos, as motivações governamentais e os impactos simbólicos da localização inicial do serviço em um hospital psiquiátrico, pretende-se refletir sobre os limites e as possibilidades dessa resposta pública enquanto política de reconhecimento e reparação.

Gráfico 1: Atendimentos realizados pelo Sertrans de novembro de 2017 a março de 2025

ATENDIMENTOS SERTRANS



*O ano de 2017 é referente aos meses de novembro e dezembro, quando o serviço foi implantado no HSM.

**O ano de 2025 é referente às produções dos meses de janeiro, fevereiro e março. Posteriormente, o serviço então deixou de funcionar no HSM e passou a funcionar no HUC.

Atenção: as produções anuais por categorias que se encontram zeradas se justifica por ainda não haverem os referidos profissionais compondo a equipe à época.

Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza (SRFOR)

Nesse sentido, a evolução dos atendimentos registrados no Sertrans entre 2017 e 2025 (**Gráfico 1**) oferece uma dimensão empírica dessa análise crítica. Após uma fase inicial marcada por poucos atendimentos — apenas 42 em 2017 — observa-se uma expansão

expressiva a partir de 2021, com pico em 2022 (2.358 atendimentos), evidenciando a consolidação da equipe multiprofissional e o fortalecimento do serviço enquanto espaço de referência, mesmo em um contexto de pandemia, que se agravou pelo Ceará e pelo Brasil no início de 2020, impactando diversos serviços em saúde.

Psicologia e Serviço Social destacam-se entre as áreas mais demandadas no ambulatório, revelando a centralidade do acolhimento subjetivo e do suporte institucional na trajetória de cuidado dessa população. No entanto, a queda gradual nos anos seguintes pode ser interpretada como reflexo das barreiras simbólicas e territoriais impostas pela localização do serviço no Hospital de Saúde Mental, conforme argumenta esta pesquisa, ao associar a transexualidade à patologização histórica e comprometer a legitimidade do atendimento.

Essa leitura quantitativa se complementa com os dados qualitativos da pesquisa, que apontam a localização do ambulatório como um dos principais entraves à consolidação de um cuidado integral e despatologizante. Em registro do diário de campo, nota-se: *o espaço reservado ao atendimento limita-se a um corredor estreito, com cerca de dez cadeiras disponíveis; em dias de maior fluxo, algumas pessoas sentam-se ao chão.* (Diário de campo, novembro de 2024).

A queda brusca nos atendimentos em 2025 (357 registros) deve-se parcialmente explicada pela mudança de sede do Sertrans para o Hospital Universitário do Ceará, ocorrida em março daquele ano, o que marca um reposicionamento institucional frente às críticas acumuladas ao longo do tempo. Durante uma das observações, registrou-se no diário de campo: pacientes ficaram muito confusos com a possibilidade de mudança de local do ambulatório, pois nenhuma informação chegava de forma institucional, apenas como *“comentários de corredor”*. Um dos pacientes disse: *“Ninguém fala nada, ninguém diz nada, e a gente fica aqui sem saber se o serviço vai mudar de lugar ou deixar de existir amanhã”* (Diário de campo, 28 de novembro de 2024).

A mudança de local, ainda recente, é interpretada como tentativa de reparação simbólica e espacial, representando um passo relevante na direção de políticas públicas mais alinhadas à justiça espacial e ao reconhecimento identitário. Assim, o gráfico analisado não apenas reflete a trajetória quantitativa do serviço, mas confirma o argumento central desta dissertação: a eficácia da assistência à saúde da população transgênero exige mais do que a existência formal de serviços — demanda a superação das marcas do estigma e a construção de lugares de cuidado legitimados social e politicamente.

A ausência de segmentações por idade, raça, identidade de gênero, território e condição socioeconômica impede a identificação precisa das desigualdades que atravessam

esse grupo social, dificultando a formulação de políticas públicas eficazes. No registro do diário de campo, lê-se: “*Um paciente do ambulatório reclamou da falta de um sistema que reunisse informações de pacientes e de uma logística mais eficaz de aviso de marcação e remarcação de consultas*” (Diário de campo, 17 de novembro de 2024).

Castells (1999), ao analisar a dinâmica da sociedade em rede, observa que a informação se tornou base do poder contemporâneo: “aqueles que detêm, controlam ou restringem o acesso aos dados também controlam os processos de decisão” (CASTELLS, 1999, p. 22). Nesse sentido, a lacuna de dados ou a sua gestão opaca compromete a estruturação de políticas ancoradas em realidades concretas, abrindo margem para soluções ineficazes ou descoladas das demandas reais da população. A análise dos atendimentos do Sertrans evidencia, portanto, tanto o percurso de expansão e institucionalização do serviço quanto a necessidade urgente de aprimorar a produção, o acesso e o uso de dados como instrumento de justiça social e de equidade na saúde pública.

5.2 O (não) perfil de quem busca acolhimento

Embora o Sertrans não sistematize rotineiramente os perfis sociodemográficos de seus pacientes, esta pesquisa buscou suprir essa lacuna por meio da aplicação de um questionário específico junto às pessoas atendidas. Algumas informações podem ser localizadas em prontuários, mas não são organizadas e acompanhadas por meio de qualquer plataforma digital. Sem informações detalhadas sobre o contexto, as necessidades e as características do público-alvo, torna-se difícil planejar ações que atendam às demandas reais da população. Além disso, a falta de dados limita a capacidade de monitorar e avaliar os impactos das políticas, dificultando ajustes e melhorias ao longo do tempo.

O trabalho de Lasswell (1951) sobre análise de políticas públicas ressalta a importância de um conhecimento sistemático sobre as condições sociais, econômicas e culturais de uma população para a formulação de políticas eficazes. Ele sugere que “as decisões políticas devem ser fundamentadas em evidências empíricas, sendo a coleta de dados uma condição *sine qua non* para a efetividade das políticas” (Lasswell, 1951, p. 78). Sem esses dados, surge um “vazio informacional” que leva à formulação de políticas mal fundamentadas, agravando os problemas sociais em vez de resolvê-los.

Além disso, Lasswell (1956) foi um dos primeiros a enfatizar a necessidade de avaliação contínua das políticas públicas, defendendo que “a coleta de dados durante a implementação das políticas é essencial para que seus impactos possam ser monitorados e

ajustados conforme necessário” (Lasswell, 1956, p. 45). Ele enxergava a formulação de políticas públicas como um ciclo contínuo, no qual a coleta e a análise de dados eram etapas fundamentais para garantir que os objetivos fossem atingidos.

De forma semelhante, Wedel (2001) argumenta que a falta de dados compromete a transparência e a *accountability* (prestação de contas) das políticas públicas, limitando a capacidade de monitoramento e avaliação dos programas governamentais. Wedel observa que "a ausência de dados claros e acessíveis abre espaço para redes informais de poder que operam à margem das estruturas de governança formal" (Wedel, 2001, p. 107).

Ela introduz o conceito de "flex nets" – redes flexíveis de indivíduos e organizações que operam informalmente, influenciando políticas de forma invisível. Nesse sentido, Wedel adverte que a ausência de dados facilita a atuação dessas redes, permitindo que intervenções políticas ocorram sem o devido monitoramento.

A autora também destaca que a falta de um sistema de monitoramento robusto e baseado em dados “permite que grupos de interesse manipulem políticas sem serem detectados, tornando quase impossível avaliar o impacto real das intervenções” (Wedel, 2001, p. 112). Ela reforça que, sem dados transparentes e acessíveis, a prestação de contas torna-se extremamente limitada, levando a práticas corruptas e ineficazes.

Dessa forma, tanto Lasswell quanto Wedel convergem na importância dos dados para a formulação e avaliação das políticas públicas, ainda que abordem o tema sob perspectivas distintas. Lasswell (1951) coloca ênfase na necessidade de uma abordagem científica e baseada em evidências, destacando que a ausência de dados compromete a “inteligência” necessária para decisões adequadas (Lasswell, 1951, p. 90). Wedel (2001), por outro lado, alerta para os perigos da falta de transparência e dados acessíveis, argumentando que isso abre espaço para a corrupção e redes informais de poder, o que prejudica a implementação e avaliação das políticas públicas.

Diante da escassez dessas informações, esta pesquisa buscou traçar o perfil de quem recebe assistência no Sertrans. Durante três meses, e com início no dia 17 de novembro de 2024, foi aplicado questionário (**Apêndice B**) com pacientes que aguardavam consultas na fila do ambulatório. Ao todo, foram coletadas 49 respostas, organizadas conforme **Anexo A**. Apesar de o serviço não indicar com segurança a quantidade total de pessoas em atendimento, estima-se que cerca de 300 pacientes utilizavam o serviço até então.

Dos 49 respondentes, observa-se o seguinte perfil (**Gráfico 2**): 56,3% possuem de 19 a 30 anos; 54,2% se identificam como homens trans e 41,7% se consideram brancos – pardos (22,9%), negros (16,7%) e pretos (6,3%) aparecem em seguida. Considerando a

classificação do IBGE, que agrupa pretos e pardos como população negra, observa-se que o percentual de pessoas negras atendidas no ambulatório é superior ao de pessoas brancas, alcançando 45,9%.

Em relação à renda familiar, 58,3% dos respondentes afirmam ter uma renda mensal de até R\$ 2 mil, enquanto 25% declaram receber entre R\$ 2 mil e R\$ 5 mil. Além disso, 10,4% relatam não possuir qualquer fonte de renda.

O perfil etário jovem pode refletir o momento de maior busca por afirmação de identidade de gênero e transição, tanto social quanto médica, o que aponta para a importância de políticas direcionadas a essa faixa etária. Já a alta representatividade de pessoas negras e de baixa renda reforça a necessidade de serviços que abordem interseccionalidades, garantindo que barreiras como racismo e pobreza não limitem o acesso.

Gráfico 2: Perfil sociodemográfico das pessoas atendidas pelo ambulatório Sertrans

DADOS DEMOGRÁFICOS



2%
18 ANOS
(OU MENOS)

56,3%
19 A 30 ANOS

29,2%
31 A 40 ANOS

12,5%
41 A 50 ANOS



54,2%
HOMEM TRANS

35,4%
MULHER TRANS

2,1%
NÃO BINÁRIO

4,2%
TRAVESTI

2,1%
M. RESIGNADA

2,1%
TRANSMASCULINO

Gráfico 2: Perfil sociodemográfico das pessoas atendidas pelo ambulatório Sertrans

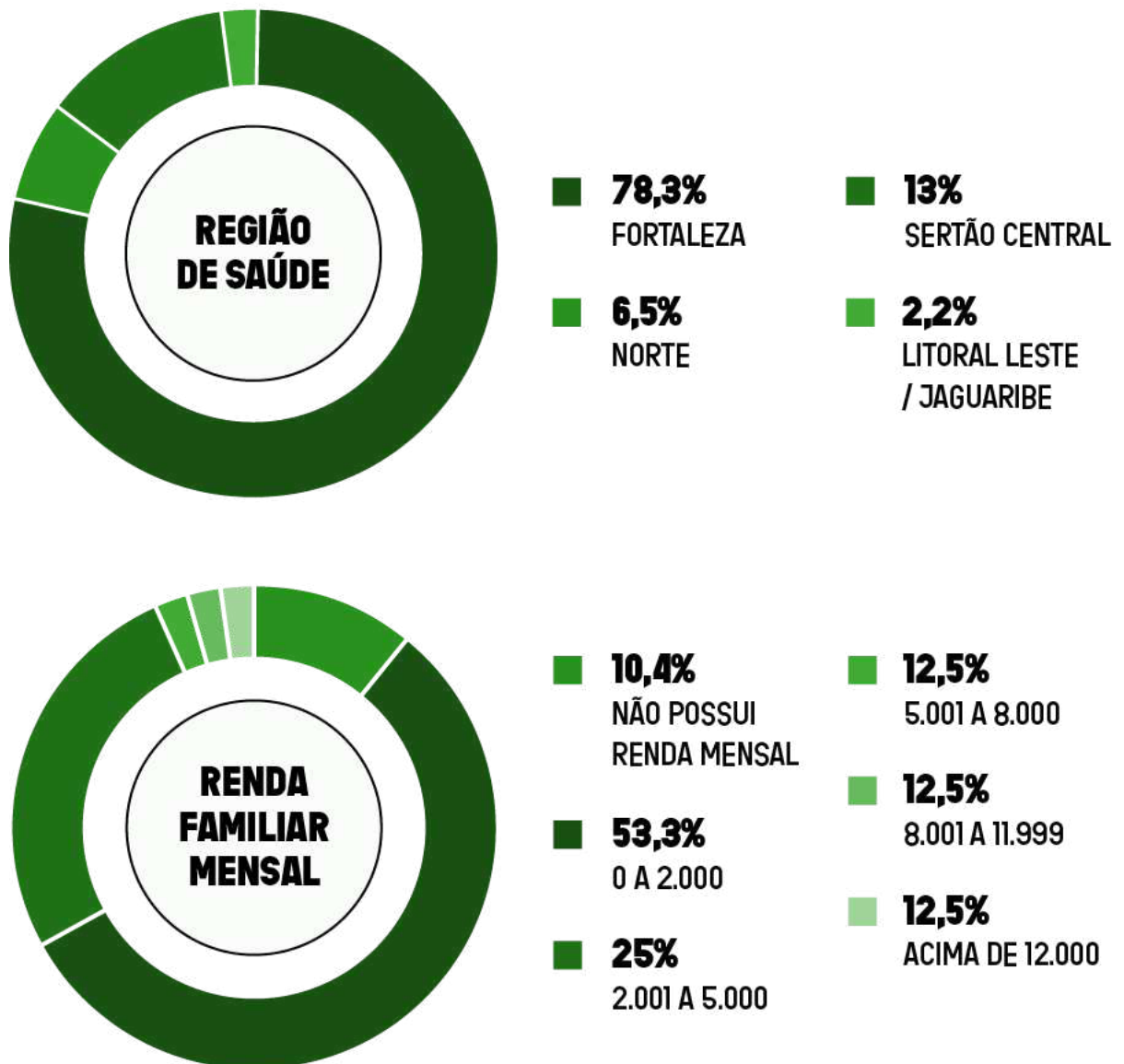
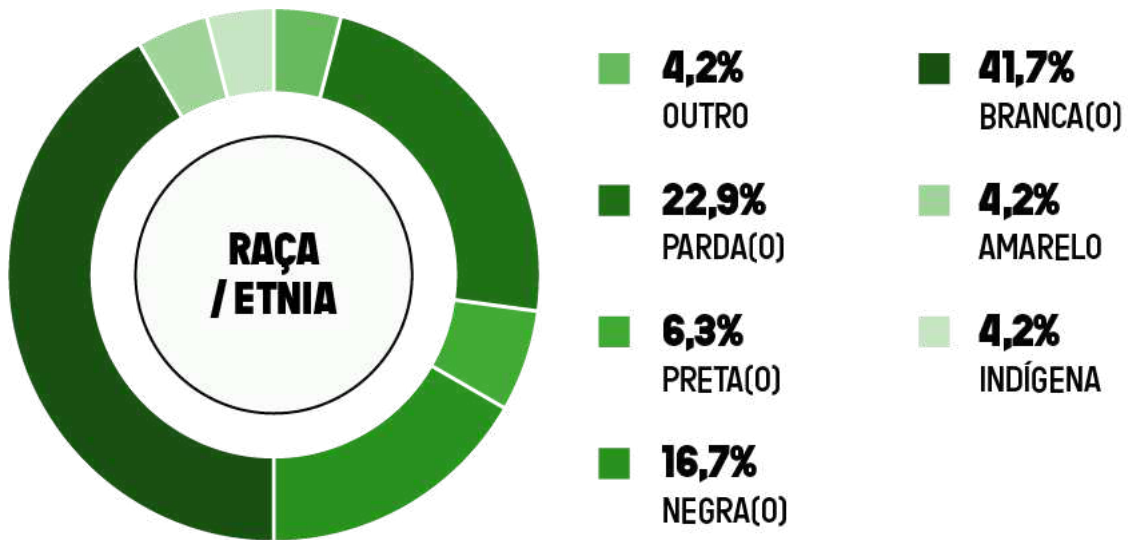


Gráfico 2: Perfil sociodemográfico das pessoas atendidas pelo ambulatório Sertrans



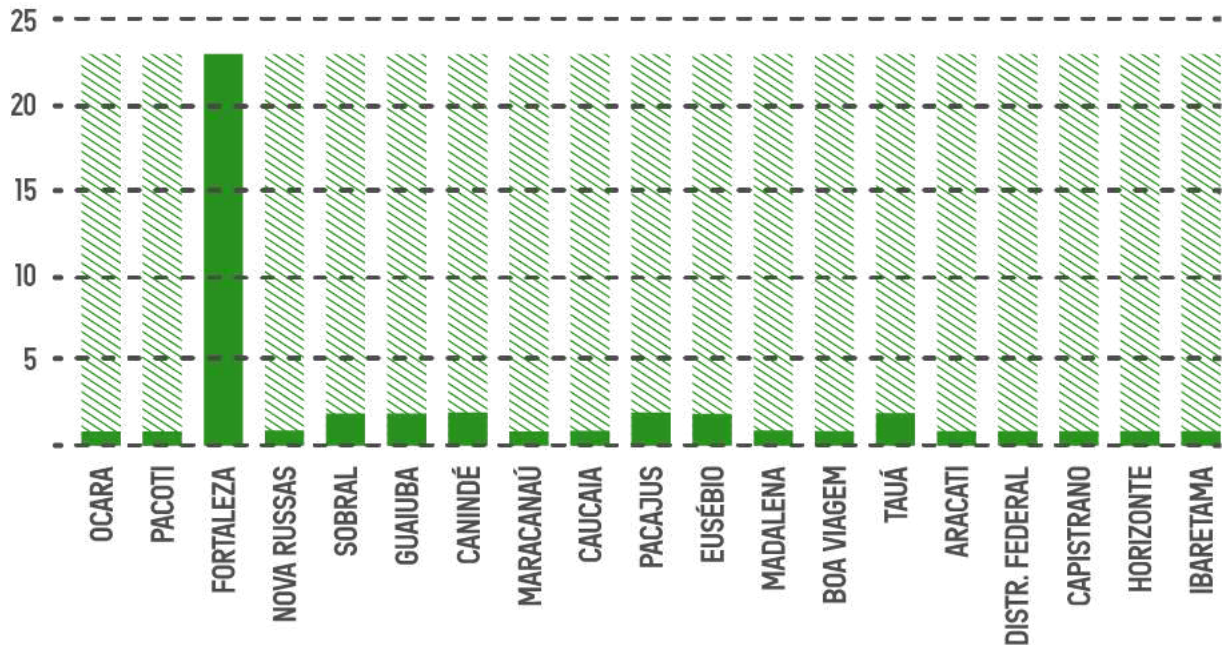
Fonte: Elaboração própria com base em dados do questionário aplicado aos(as) pacientes do Sertrans (2024–2025).

No que se refere à origem dos(as) pacientes (**Gráfico 3**), o Sistema Único de Saúde (SUS) no Ceará encontra-se estruturado em cinco regiões de planejamento: Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe. Cada uma dessas regiões exerce um papel estratégico na implementação das políticas públicas de saúde, sendo responsável pela coordenação de processos e articulação entre os diferentes atores envolvidos, dentro de um modelo de governança compartilhada que visa fortalecer o sistema de forma regionalizada.

Apesar disso, os dados indicam que 78,3% dos(as) respondentes são oriundos(as) exclusivamente da região de Fortaleza, o que evidencia limitações na efetivação da descentralização do atendimento à população trans, especialmente nas demais regiões do estado.

Gráfico 3: Município de origem das pessoas atendidas pelo Sertrans

DADOS DEMOGRÁFICOS | ORIGEM DOS PACIENTES



Fonte: Elaboração própria com base em dados do questionário aplicado aos(às) pacientes do Sertrans (2024–2025).

Para ser encaminhada ao Sertrans, a pessoa interessada deve procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em seu município. As UBSs funcionam como a porta de entrada do SUS, onde será realizada a avaliação inicial. Caso necessário, o profissional de saúde providenciará o encaminhamento para um serviço especializado e de maior complexidade, como o Sertrans, ou para outros serviços de atenção secundária ou terciária em saúde.

Em relatos anotados no diário de campo, alguns pacientes revelam que muitos profissionais de saúde que atuam nos postos de saúde desconhecem o fluxo de encaminhamento ou até mesmo a existência do ambulatório Sertrans. No registro, nota-se: *“Uma paciente afirmou que ela foi a responsável por ajudar outras amigas trans a acessar o serviço; que ela mesmo chegou a levar pessoas na unidade básica para ‘ensinar’ o profissional de saúde o fluxo do encaminhamento para o Sertrans”* (Diário de campo, 13 de janeiro de 2025).

Essa falta de informação compromete o acesso de pessoas trans ao serviço especializado, criando barreiras adicionais em um sistema que deveria facilitar o cuidado integral.

5.3 Descompasso entre o tempo institucional e a urgência do tempo individual

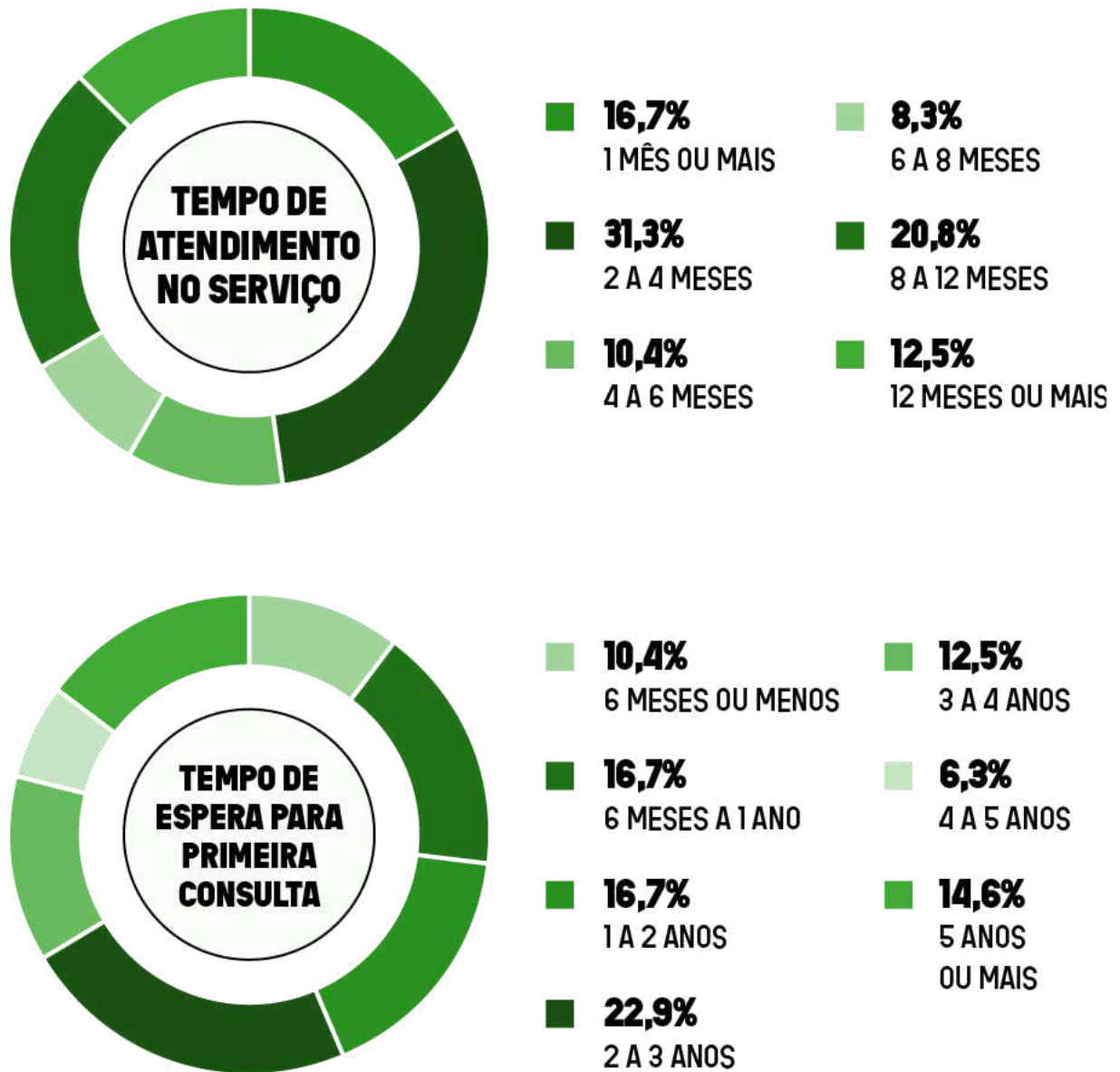
Para a pessoa trans, o tempo no processo transexualizador está relacionado às suas vivências pessoais e às decisões sobre intervenções sociais, hormonais ou cirúrgicas. Cada indivíduo tem seu ritmo para explorar e afirmar sua identidade de gênero. O tempo necessário para o autoconhecimento e a busca por serviços adequados varia de pessoa para pessoa.

No SUS, o tempo de espera para acessar o processo transexualizador é um dos principais desafios enfrentados pela população trans. As filas para consultas, avaliações psicológicas e psiquiátricas, e, posteriormente, para intervenções hormonais ou cirúrgicas, podem ser longas, refletindo a demanda reprimida e a limitada oferta de serviços especializados.

Dos respondentes (**Gráfico 4**), 31,3% aguardaram entre dois e quatro meses para a primeira consulta, 20,8% relataram uma espera de 8 a 12 meses, e 12% afirmaram ter esperado mais de um ano para o primeiro atendimento. Durante uma das observações, registrou-se no diário de campo: *“Durante grupo focal mediado pela psicóloga do Sertrans, pacientes relataram que uma das principais barreiras para acessar o serviço é a ausência de informações na rede de atenção básica. De acordo com os depoimentos, o percurso até o ambulatório é pouco claro, e as orientações costumam ser obtidas apenas por meio de contatos pessoais com alguém que já conseguiu chegar ao serviço”* (Diário de campo, 17 de novembro de 2025).

Segundo planilha enviada pela Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde da Sesa, em 17 de janeiro de 2025, 177 pessoas estavam aguardando encaminhamento ao ambulatório, sendo Aquiraz o município com a maior demanda (27 usuários).

Gráfico 4: Tempo de atendimento e tempo de espera para a primeira consulta no Sertrans



Fonte: Elaboração própria com base em dados do questionário aplicado aos(às) pacientes do Sertrans (2024–2025).

Essa espera prolongada para a primeira consulta demonstra uma alta demanda que supera a capacidade atual do serviço, o que pode desestimular ou agravar o sofrimento das pessoas trans, especialmente aquelas que lidam com disforia de gênero e outros problemas relacionados à saúde mental.

A informação de que Aquiraz lidera a demanda com 27 usuários aguardando encaminhamento indica uma concentração geográfica de solicitações. Isso pode apontar para

desigualdades no acesso regional, sugerindo a necessidade de descentralização ou fortalecimento dos serviços em outras áreas.

Em relação ao tempo em atendimento no serviço, 14,6% dos respondentes recebem assistência no Sertrans há cinco anos ou mais. Já 16,7% estão em acompanhamento no serviço há dois anos, mesmo percentual de pessoas em acompanhamento de seis meses a um ano. Este cenário pode refletir desafios em manter os pacientes atendidos por períodos prolongados, seja pela complexidade do processo, pela falta de continuidade no cuidado ou por barreiras como estigma e dificuldades de acesso regular.

Bento (2006) analisa de forma crítica como os processos temporais relacionados ao acesso à saúde e às políticas públicas afetam as pessoas trans, destacando as dificuldades impostas por barreiras institucionais. Essas barreiras, muitas vezes baseadas em burocracias excessivas e preconceitos estruturais, prolongam o sofrimento psicológico e físico dessas populações, particularmente no que diz respeito ao acesso à hormonoterapia e a procedimentos cirúrgicos.

A autora enfatiza a discrepância entre os tempos institucionais, que operam em uma lógica lenta e regulatória, e o tempo subjetivo das pessoas trans, que frequentemente vivenciam uma urgência legítima na busca por reconhecimento e transformação corporal. Segundo ela, “o tempo das instituições, marcado por burocracias e preconceitos, é incompatível com o tempo subjetivo de quem vive a urgência da transformação de seus corpos” (Bento, 2006, p. 98).

Esse descompasso reflete não apenas a negligência em atender às necessidades das pessoas trans, mas também a reprodução de exclusões sistemáticas em espaços que deveriam promover cuidado e inclusão.

Embora não trate diretamente do processo transexualizador, Butler (2004) amplia o debate ao discutir como as normas de gênero regulam o tempo vivido por pessoas trans, impondo etapas e avaliações que dificultam o reconhecimento de suas identidades. A autora critica a rigidez normativa que condiciona a legitimidade das identidades trans a tempos institucionais predeterminados, frequentemente baseados em estereótipos e padrões cisnormativos.

Para Butler, essas imposições criam uma dependência institucional que perpetua desigualdades. “As identidades trans são frequentemente obrigadas a se conformar a tempos regulatórios, que atrasam ou condicionam o reconhecimento de sua legitimidade” (Butler, 2004, p. 53). Essa análise reforça como o tempo institucional não é neutro, mas um reflexo das dinâmicas de poder que estruturam o sistema de saúde e as políticas públicas.

Preciado (2013), por sua vez, contribui ao explorar o cruzamento entre tempo biológico e tempo institucional no processo de transformação corporal. Ele argumenta que as regulações impostas às pessoas trans para acessar terapias hormonais e intervenções cirúrgicas limitam sua autonomia e reforçam formas de controle sobre seus corpos.

Preciado propõe a noção de “tempo farmacopornográfico” para descrever como o tempo das transições de gênero é manipulado por sistemas biomédicos e econômicos que condicionam o acesso a esses procedimentos. “O tempo da transição é constantemente manipulado por instituições que estabelecem condições para acessar os dispositivos farmacopornográficos” (Preciado, 2013, p. 89).

Essa análise evidencia como a experiência da transição de gênero é atravessada por interesses políticos e comerciais, criando uma dependência sistêmica que dificulta a autonomia plena das pessoas trans.

Esses autores, embora com perspectivas distintas, convergem ao destacar como as temporalidades vividas pelas pessoas trans são profundamente influenciadas por estruturas normativas, institucionais e econômicas. O descompasso entre o tempo subjetivo e as regulações institucionais prolonga o sofrimento e limita o acesso a direitos fundamentais, evidenciando a necessidade de transformar essas estruturas para promover um cuidado mais equitativo e respeitoso.

Para além dos dados quantitativos coletados por meio do questionário físico, a análise das falas abertas dos(as) respondentes oferece pistas importantes sobre as percepções subjetivas em relação ao serviço ofertado. Esses relatos revelam nuances que nem sempre são captadas pelas categorias fechadas, destacando desde elogios à equipe técnica até críticas à localização anterior do ambulatório, passando por sugestões de melhoria na estrutura física e nos fluxos de atendimento. As vozes dos(as) pacientes, quando escutadas em sua inteireza, fornecem elementos concretos para a avaliação participativa de políticas públicas e para o aprimoramento institucional do cuidado ofertado às pessoas trans.

Com o intuito de sistematizar essas impressões e contribuir para uma leitura mais integrada entre os achados empíricos e a base teórica desta dissertação, apresenta-se a seguir uma síntese visual das principais contribuições trazidas nos campos abertos do questionário. Os gráficos a seguir agrupam as falas em três eixos interpretativos — elogios, críticas e sugestões — organizando as percepções recorrentes sobre o Sertrans. Essa sistematização permite evidenciar o protagonismo dos(as) usuários(as) como sujeitos de direito e interlocutores centrais na construção de políticas públicas mais responsivas, fortalecendo, assim, o caráter contra-hegemônico da avaliação proposta neste trabalho.

Vale destacar que, diante da ausência de dados sistematizados pelo próprio Sertrans, a presente pesquisa se constituiu como uma importante fonte primária de informações sobre o perfil e a percepção dos(as) usuários(as). O questionário aplicado permitiu reunir dados inéditos, que reforçam a importância da escuta ativa da população trans na avaliação e formulação de políticas públicas em saúde.

5.4 Avaliação do serviço

Mais da metade dos respondentes demonstraram alto nível de satisfação com o atendimento no ambulatório (**Gráfico 5**), sendo 51,09% "muito satisfeitos" e 32,65% "satisfeitos". A percepção em relação ao quadro de profissionais segue a mesma tendência, com 57,14% "muito satisfeitos" e 28,57% "satisfeitos".

Em relação à localização no bairro Messejana, 30,61% dos respondentes declaram estar "muito satisfeitos", enquanto 14,29% afirmam estar "muito insatisfeitos". Quanto à presença do ambulatório dentro do HSM até então, 32,65% relatam estar "muito satisfeitos". Por outro lado, 26,53% se dizem "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos", e 20,41% apresentam uma percepção de indiferença.

A dispensação de medicamentos pela farmácia da unidade recebeu a avaliação mais positiva entre os respondentes, com 63,27% declarando-se "muito satisfeitos" com o serviço.

Gráfico 5: Avaliação geral do Sertrans por pacientes respondentes do questionário físico

AMBULATÓRIO SERTRANS - AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

ESCALA LIKERT (0 - MUITO INSATISFEITO A 4 - MUITO SATISFEITO)

ATENDIMENTO

- ☆ : VOTADO 1 VEZ
- ★ : VOTADO 1 VEZ
- ★★ : VOTADO 5 VEZES
- ★★★ : VOTADO 17 VEZES
- ★★★★ : VOTADO 24 VEZES

QUADRO DE PROFISSIONAIS

- ☆ : SEM VOTOS
- ★ : VOTADO 3 VEZES
- ★★ : VOTADO 3 VEZES
- ★★★ : VOTADO 13 VEZES
- ★★★★ : VOTADO 29 VEZES

LOCALIZAÇÃO NO BAIRRO

- ☆ : VOTADO 6 VEZES
- ★ : VOTADO 4 VEZES
- ★★ : VOTADO 9 VEZES
- ★★★ : VOTADO 11 VEZES
- ★★★★ : VOTADO 17 VEZES

LOCALIZAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE

- ☆ : VOTADO 10 VEZES
- ★ : VOTADO 2 VEZES
- ★★ : VOTADO 10 VEZES
- ★★★ : VOTADO 11 VEZES
- ★★★★ : VOTADO 15 VEZES

FARMÁCIA

- ☆ : SEM VOTOS
- ★ : VOTADO 3 VEZES
- ★★ : VOTADO 6 VEZES
- ★★★ : VOTADO 6 VEZES
- ★★★★ : VOTADO 34 VEZES

Fonte: Elaboração própria com base em dados do questionário aplicado aos(às) pacientes do Sertrans (2024–2025).

As informações revelam que, no geral, o ambulatório é bem avaliado, especialmente no atendimento ao usuário e na dispensação de medicamentos. No entanto, aspectos relacionados à localização e à estrutura podem ser aprimorados, tanto para reduzir a insatisfação quanto para engajar aqueles que se mostram indiferentes. Esses dados são fundamentais para orientar ajustes no serviço, reforçando seus pontos fortes e abordando possíveis fragilidades.

Apesar das avaliações positivas, os dados apontam áreas de atenção, como a percepção de insatisfação em relação à localização no HSM e as opiniões divididas sobre o bairro Messejana. Esses fatores podem ser relacionados à infraestrutura, ao transporte público ou até ao estigma associado ao local. A presença de um percentual expressivo de "indiferentes" (20,41%) em relação ao ambulatório no HSM pode indicar uma falta de envolvimento ou entendimento por parte de alguns usuários.

Com a aplicação do questionário, foi possível identificar uma divergência entre os(as) pacientes no que diz respeito ao atendimento e ao quadro de profissionais de saúde. O Sertrans dispõe de uma equipe multidisciplinar, o que é visto como um ponto positivo para a integralidade necessária ao processo transexualizador. No entanto, o posicionamento crítico de parte das pessoas indica a ausência de especialidades consideradas importantes, a exemplo da ginecologia e da urologia. Entre as percepções menos positivas, relata-se, ainda, que os profissionais do HSM, onde estava situado o ambulatório até março de 2025, não tinham o preparo adequado para lidar com esse público, reforçando muitas vezes o padrão binário de gênero.

Ao analisar os focos de discórdia, não se pode desconsiderar as opiniões acerca da periodicidade dos atendimentos e das consultas. Observa-se que este é um ponto de conflito, mas que tem maior avaliação negativa. É importante ressaltar que a equipe multiprofissional disponível não era exclusiva ao Sertrans, sendo também responsável por outros indivíduos assistidos no HSM. Esse excesso de demandas sobre um número considerado pequeno de profissionais de saúde pode explicar os entraves nos atendimentos e retornos do ambulatório.

Na contramão aos apontamentos negativos ou controversos, há também percepções favoráveis em relação à então sede do espaço ambulatorial. Embora, conforme a normativa vigente no Ministério da Saúde, não haja obrigatoriedade quanto à presença do profissional farmacêutico nos ambulatórios, a farmácia do hospital localizado no bairro Messejana esteve à disposição dos(as) pacientes atendidos pelo Sertrans, e aparece como um dos principais aspectos positivos (**Gráfico 6**). Esse resultado pode ser explicado pela facilidade de controle e

retirada dos hormônios, entre outros diversos medicamentos, na própria unidade onde o acompanhamento era realizado.

Gráfico 6: Palavras mais citadas como aspectos positivos e negativos do Sertrans, segundo pacientes

AMBULATÓRIO SERTRANS | CONSIDERA MAIS POSITIVO

FARMÁCIA
QUADRO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ATENDIMENTO
 LOCALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO NO BAIRRO MESSEJANA
 LOCALIZAÇÃO NO HSM
 PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS DAS CONSULTAS

OUTROS
 GRATUIDADE

AMBULATÓRIO SERTRANS | CONSIDERA MENOS POSITIVO

LOCALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO NO BAIRRO MESSEJANA
 QUADRO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
 LOCALIZAÇÃO NO HSM
 PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS DAS CONSULTAS

ATENDIMENTO
 ENTRADA DE PACIENTES PELA EMERGÊNCIA

Fonte: Elaboração própria com base em dados do questionário aplicado aos(às) pacientes do Sertrans (2024–2025).

Para a análise das principais reivindicações dos(as) respondentes do questionário, as críticas e sugestões foram agrupadas em sete eixos: demora no atendimento e retornos; falta de profissionais e estrutura; comunicação e gestão; localização e estrutura física; atenção psicossocial e especialidades; medicamentos e procedimentos; e sugestões gerais/comentários positivos (**Gráfico 7**).

Entre os problemas mais recorrentes, destaca-se a insatisfação com a demora nos atendimentos e nos retornos. Muitos pacientes relataram que “as datas ficam longe dos retornos”, que “a periodicidade do atendimento, especialmente no endócrino, é muito demorada”, e que “o acolhimento com um intervalo menor de tempo” seria essencial. Essa percepção aponta para a sobrecarga da equipe atual e reforça a necessidade de ampliação do quadro de profissionais. Nesse sentido, houve menções diretas à “falta de ginecologistas para homens trans, urologistas para mulheres trans e fonoaudiólogas”, bem como à necessidade de “ter outros profissionais de outras especialidades para nós LGBTQIA+”.

Além da quantidade insuficiente, há críticas relacionadas à qualificação da equipe, ainda que os profissionais sejam, em geral, considerados bem preparados. Um dos relatos aponta que falta preparo para lidar com “expressões de gênero fora da norma e quadros clínicos/psicológicos/neurológicos diferentes”. Tais observações reforçam a urgência de investimentos em formação continuada e letramento em diversidade de gênero como parte de uma política institucional de humanização.

As informações coletadas também evidenciam o constrangimento enfrentado por quem precisava frequentar um ambulatório até então sediado no HSM. Comentários como “estar localizado no hospital mental gera um constrangimento” e “poderia ser um ambulatório separado do hospital de saúde mental” foram recorrentes, demonstrando o impacto simbólico e emocional da antiga localização. Essa demanda, finalmente atendida com a mudança para o Hospital Universitário do Ceará (HUC) em março de 2025, representa uma forma de reparação simbólica pelos anos de atendimento em um espaço associado à patologização da identidade trans.

No eixo da comunicação e gestão, pacientes apontaram a “falta de um canal de comunicação com os usuários”, atrasos na convocação para novas consultas e ausência de retorno sobre faltas ou cancelamentos de profissionais. A sugestão de “informatizar o cadastro, agenda e sistema de verificação de consultas” reforça a importância de qualificar os fluxos de atendimento e ampliar a transparência na relação com os(as) usuários(as).

As críticas também abrangem o acesso a medicamentos e procedimentos. Foram registradas reivindicações por maior suporte a cirurgias vinculadas ao SUS, como mastectomias, e pelo fornecimento de “medicamentos injetáveis”. Além disso, houve manifestações sobre a dificuldade em garantir a integralidade do cuidado, com apontamentos de que a “repcionista é despreparada para a área” e que “melhorias no atendimento psiquiátrico” são necessárias.

Apesar das críticas, também foram identificados comentários positivos, como “aqui no Sertrans é só benção”. Esse equilíbrio entre reconhecimento e reivindicação indica que há vínculos sendo construídos, mas que esses laços ainda precisam de sustentação institucional.

O resultado do questionário evidencia que os desafios enfrentados pelas pessoas atendidas no Sertrans não se limitam a questões operacionais: são barreiras sociais e simbólicas que impactam diretamente a possibilidade de viver plenamente as identidades de gênero. Reavaliar a oferta de serviços e qualificar a gestão é fundamental, mas é igualmente urgente que as políticas públicas se pautem por uma abordagem interseccional, que compreenda as dimensões de gênero, raça, classe e território como indissociáveis no acesso à saúde enquanto direito humano.

Gráfico 7: Críticas e sugestões de melhoria apontadas por pacientes do Sertrans

CRÍTICAS OU SUGESTÕES AO SERVIÇO

DEMORA NO ATENDIMENTO E RETORNOS

“ DEMORA NAS DATAS DOS ATENDIMENTOS. COMO TEM POUCO PROFISSIONAL, ACABA FICANDO CARREGADO. AS DATAS FICAM LONGE DOS RETORNOS

“ ÀS VEZES PENSO QUE DEVERIA FALAR MAIS, SÓ QUE O TEMPO É POUCO, PASSA DA HORA...

“ A DEMORA ATÉ CHEGAR NO ENDOCRINOLOGISTA

“ UM ACOLHIMENTO COM UM INTERVALO MENOR DE TEMPO, POIS A DEMORA DE UMA CONSULTA ATÉ A PRÓXIMA É MUITO DEMORADA

“ NÚMERO PEQUENO DE PROFISSIONAIS; DEMORA NO ATENDIMENTO

“ ÀS VEZES, O ATENDIMENTO É DEMORADO

“ PERIODICIDADE DO ATENDIMENTO; ENDOCRINO É MUITO DEMORADO

“ MUITO TEMPO AO RETORNO DAS CONSULTAS

“ DEMORA NO ATENDIMENTO

FALTA DE PROFISSIONAIS E ESTRUTURA

“ APESAR DOS PROFISSIONAIS SEREM BEM QUALIFICADOS, FALTA PREPARO PARA LIDAR COM EXPRESSÕES DE GÊNERO FORA DA NORMA E QUADROS CLÍNICOS/PSICOLÓGICOS /NEUROLÓGICOS DIFERENTES

“ POUCOS PROFISSIONAIS PARA A ALTA DEMANDA; ESPAÇO FÍSICO TAMBÉM É LIMITADO

“ FALTA DE FONOAUDIÓLOGA, GINECOLOGISTA PARA PACIENTES RESIGNADAS; BIOMÉDICO

“ FALTA DE PROFISSIONAIS COMO GINECOLOGISTAS PARA HOMENS TRANS, UROLOGISTAS PARA MULHERES TRANS

“ SERIA ÓTIMO TER OUTROS PROFISSIONAIS DE OUTRAS ESPECIALIDADES PARA NÓS LGBTQIA+

“ NÚMERO PEQUENO DE PROFISSIONAIS

“ O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DEVERIA SER MAIOR PARA ATENDER A TODOS E DIMINUIR A FILA DE ESPERA

“ APENAS QUE A QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS É POUCO PARA A DEMANDA DE PACIENTES

“ POUCOS PROFISSIONAIS, ALTA DEMANDA

“ FALTA DE PROFISSIONAIS, ATRASO NO ATENDIMENTO E LOCALIZAÇÃO

“ PODERIA TER MAIS PROFISSIONAIS

COMUNICAÇÃO E GESTÃO

“ DEMORA NAS DATAS DOS ATENDIMENTOS. COMO TEM POUCO PROFISSIONAL, ACABA FICANDO CARREGADO. AS DATAS FICAM LONGE DOS RETORNOS

“ FILA DE ESPERA LONGA; AUSÊNCIA DE CANAL DE COMUNICAÇÃO COM OS USUÁRIOS

“ PRECISAM INFORMATIZAR O CADASTRO, AGENDA, VERIFICAÇÃO DE CONSULTAS E ATENÇÃO ÀS DESMARCAÇÕES

“ COMUNICAÇÃO PARA AVISAR SOBRE A FALTA DO PROFISSIONALISMO OU A AUSÊNCIA DO MESMO

“ O FLUXO DE ATENDIMENTO E A CONVOCAÇÃO DE NOVOS PACIENTES PODERIA SER MAIS ÁGIL...

“ TER UMA GESTÃO; SEM GESTÃO, OS PROFISSIONAIS FICAM DESORIENTADOS...

LOCALIZAÇÃO E ESTRUTURA FÍSICA

“ MUITO DISTANTE DA MINHA CASA, FAZENDO COM QUE TENHA MAIS DIFICULDADE EM MANTER CONSTÂNCIA NOS ATENDIMENTOS

“ PODERIA SER UM AMBULATÓRIO SEPARADO DO HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL, SER UM LUGAR PRÓPRIO

“ ESTAR LOCALIZADO NO HOSPITAL MENTAL GERA UM CONSTRANGIMENTO

“ O LOCAL

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESPECIALIDADES

“ ATENDIMENTO PARA PESSOAS COM EXPRESSÃO DE GÊNERO FORA DA NORMA E OUTRAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

“ ENDOCRINOLOGISTA, GINECOLOGISTA, UROLOGISTA, FONOAUDIÓLOGA, BIOMÉDICO MENCIONADOS

“ MELHORIA EM ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

“ RECEPCIONISTA DESPREPARADA PARA A ÁREA

MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS

“ AMBULATÓRIO DEVERIA TER SUPORTE PARA CIRURGIAS TRANS (EX: MASTECTOMIA) VINCULADAS AO SUS

“ OS MEDICAMENTOS PODERIAM SER INJETÁVEIS

SUGESTÕES GERAIS

“ ATÉ O MOMENTO NÃO, SÓ MESMO POR MAIS RECURSOS E INVESTIMENTO NO SUPORTE DOS PROFISSIONAIS

“ O ESTADO PRECISA OLHAR COM CARINHO PARA O AMBULATÓRIO E MELHORAR O SERVIÇO

“ GOSTARIA QUE MAIS PESSOAS TRANS TIVESSEM ACESSO COM MAIS FACILIDADE, SEM TANTA BUROCRACIA

“ NÃO. AQUI NO SERTRANS É SÓ BENÇÃO

“ AO PROFISSIONAL DR. VICTOR

Fonte: Elaboração própria com base em dados do questionário aplicado aos(às) pacientes do Sertrans (2024–2025).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo avaliar o “lugar” ocupado pelo ambulatório Sertrans na assistência em saúde à população transgênero no Ceará até março de 2025, a partir da análise de suas dimensões simbólicas, estruturais e territoriais. A investigação demonstrou que o Sertrans, embora represente um avanço importante no campo das políticas públicas de saúde, também se constituiu, durante sua permanência no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, como um espaço de contradições — entre o cuidado e a produção de estigmas, entre o reconhecimento de direitos e a reafirmação de violências institucionais.

A localização do ambulatório em uma unidade psiquiátrica reforçou práticas históricas de marginalização, ao associar a identidade de gênero trans a uma condição de desvio ou patologia mental. Nesse sentido, o conceito de estigma, conforme proposto por Erving Goffman (1963), revelou-se central para a análise: o estigma opera como uma marca social que desqualifica e desumaniza, moldando não apenas a percepção dos outros sobre os sujeitos trans, mas também a forma como esses sujeitos constroem sua própria identidade. O Sertrans, ao funcionar por anos em um espaço destinado ao tratamento de transtornos mentais severos, contribuiu para a reprodução de uma narrativa patologizante da transgeneridade — ainda que operasse, simultaneamente, como espaço de acolhimento e cuidado.

A partir de 2021, com a ampliação da equipe multiprofissional e o aumento expressivo no número de atendimentos — como demonstram os dados analisados nesta pesquisa — o ambulatório passou a consolidar um perfil mais integral e diverso, refletindo esforços institucionais e demandas sociais pela ampliação do cuidado. Contudo, a ambiguidade do “lugar” permaneceu: como argumenta David Harvey (1996), o espaço urbano e institucional é também um espaço de disputa política, onde se refletem e se reproduzem desigualdades. A localização de um serviço como o Sertrans não é neutra; ela carrega significados, legitima discursos e delimita acessos. Edward Soja (2010) complementa essa perspectiva ao afirmar que a organização espacial das cidades e dos serviços públicos é, muitas vezes, expressão concreta da exclusão e da hierarquização social.

A mudança de sede do Sertrans para o Hospital Universitário do Ceará, em março de 2025, simboliza um marco relevante no enfrentamento institucional ao estigma. Ao deixar de funcionar dentro de um hospital psiquiátrico, o serviço rompe, ainda que parcialmente, com a associação histórica entre transexualidade e transtorno mental, ressignificando o espaço de cuidado como lugar de dignidade. Essa realocação representa mais que uma alteração logística: trata-se de uma correção simbólica e política, que pode romper com a lógica

patologizante herdada e abrir caminhos para uma assistência mais justa e alinhada com os direitos humanos.

Essa mudança dialoga com as críticas formuladas por María Lugones (2008) ao sistema colonial de gênero, que institui normas cisheteronormativas como universais e legitima a exclusão de identidades dissidentes. Ao retirar o Sertrans do espaço psiquiátrico, o Estado realiza um gesto de descolonização parcial da política de saúde, ainda que seus efeitos reais dependam da forma como essa nova fase será construída. Nesse sentido, é fundamental que a política pública compreenda o espaço como um agente de dignidade.

Como enfatiza Jota Mombaça (2021), o corpo trans é um território de disputas e de resistências, constantemente ameaçado pelas narrativas de controle e de exclusão. O cuidado, portanto, não pode se limitar ao atendimento clínico: ele deve ser também um gesto de reconhecimento, de escuta e de reparação.

No entanto, a simples mudança de localização não garante, por si só, a superação dos desafios históricos enfrentados pela população trans. A ausência de homologação federal, por exemplo, permanece como um entrave crítico à consolidação do Sertrans como política pública estruturante. Sem o reconhecimento formal pelo Ministério da Saúde, o serviço segue operando com recursos estaduais e sem acesso a financiamento federal, o que compromete sua estabilidade, expansão e institucionalização no âmbito do SUS.

A análise dos dados de produção do ambulatório entre 2017 e 2025 indica que houve, especialmente de 2021 a 2023, um processo de fortalecimento institucional, com aumento dos atendimentos e maior diversidade nas especialidades ofertadas. Essa trajetória evidencia que o Sertrans tem potencial para consolidar-se como uma política pública estratégica, desde que conte com investimento contínuo e com o uso sistemático de seus dados para o monitoramento, a avaliação e a correção de desigualdades. O uso de informações qualificadas permite ao Estado conhecer melhor o perfil das pessoas atendidas, os padrões de demanda e as lacunas existentes — elementos fundamentais para a construção de uma gestão pública baseada em evidências e orientada por justiça social.

A construção de uma política pública inclusiva e antidiscriminatória exige transformações profundas nas estruturas institucionais, nos saberes profissionais e nas culturas organizacionais. Como afirma Raewyn Connell (2002), os espaços sociais são moldados por relações de poder que estruturam desigualdades de gênero — e, portanto, políticas de saúde devem ativamente enfrentar a hegemonia masculina e cisheteronormativa que ainda define os padrões de atendimento. A perspectiva interseccional, como proposta por Kimberlé Crenshaw (1989) e aprofundada por autoras como Lélia Gonzalez, é indispensável:

é preciso considerar como raça, classe, território e identidade de gênero se articulam na produção das vulnerabilidades vividas por pessoas trans — especialmente mulheres trans negras, travestis e pessoas trans periféricas.

A pesquisa aqui desenvolvida reafirma a importância de compreender o cuidado em saúde como um direito, e não uma concessão. Como discutido por Judith Butler (2004) e Berenice Bento (2006; 2017), a patologização das identidades trans limita o acesso à cidadania plena e compromete a dignidade das pessoas. O desafio, portanto, é construir serviços de saúde que reconheçam a diversidade de corpos e experiências como parte legítima do humano — e que atuem na contramão da normatização excludente que historicamente marcou a medicina, a psicologia e as instituições públicas.

Conclui-se que o Sertrans é, ao mesmo tempo, conquista e desafio: inaugura um novo capítulo na política de saúde do Ceará, mas ainda carrega marcas estruturais do estigma que procura combater. Superar tais contradições exigirá do Estado não apenas a manutenção do serviço, mas a ampliação de sua legitimidade, a escuta ativa dos sujeitos que o compõem e o compromisso permanente com políticas públicas que promovam justiça espacial, reconhecimento identitário e participação social na formulação das políticas. Espera-se que este estudo contribua para fortalecer o debate público sobre os direitos das pessoas trans e inspire gestores, profissionais e pesquisadores a avançarem na construção de políticas mais justas, sensíveis e emancipatórias.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. **Transfeminismo**: teorias e políticas de combate à transfobia. 2014.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- BARROSO, C.; BRUSCHINI, C. **Pesquisa social**: introdução à metodologia. São Paulo: Vozes, 1997.
- BARROS, J. L. **A inclusão social de pessoas trans: desafios e perspectivas**. São Paulo: Editora XYZ, 2020.
- BENEVIDES, Bruna G. **Dossiê**: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023. Brasília, DF: ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais), 2024. Disponível em: <https://acesse.dev/RXASG>. Acesso em: 3 ago. 2024.
- BENTO, Bianka. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. São Paulo: Garamond, 2006.
- BENTO, Bianka. **Transfeminismos**: uma leitura crítica sobre gênero, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- BRASIL, CNN. **55% da população LGBTQIA+ teve piora na saúde mental na pandemia, diz estudo**. CNN Brasil, 20 jun. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/55-da-populacao-lgbtqia-teve-piora-na-saude-mental-na-pandemia-diz-estudo/>. Acesso em: 1 out. 2024.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Desenvolvimento e crise no Brasil: história, economia e política de Getúlio Vargas a Lula**. São Paulo: Editora 34, 2007.
- BRUM, Eliane. **Brasil, construtor de ruínas**: um olhar sobre o país que desistiu de si. São Paulo: Arquipélago Editorial, 2019.
- BUTLER, J. **Gender trouble**: feminism and the subversion of identity. New York: Routledge, 1990.
- BUTLER, Judith. **Desfazendo gênero**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- CAMPO, A. S. **Saúde pública e populações marginalizadas**: desafios e perspectivas na implementação da PrEP. Revista Brasileira de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 123-135, 2018.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CARDOSO, R. **Metodologia qualitativa e pesquisa social**: aplicações na saúde pública. Revista de Saúde Pública, v. 20, n. 3, p. 211-217, 1986.
- CARRARA, Sérgio. **Políticas de sexualidade no Brasil**: da prevenção à promoção de direitos. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2016.
- CARRARA, Sérgio. **Sexualidade e saber médico**: a formação do discurso da medicina sexológica no Brasil. Rio de Janeiro: Garamond, 2016.

- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CONNELL, R. **Masculinities**. Cambridge: Polity Press, 2002.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Hospital de Saúde Mental promove simpósio sobre saúde sexual**. Disponível em: www.saude.ce.gov.br/2023/11/20/hospital-de-saude-mental-simposio-saude-sexual-atash/. Acesso em: 27 jan. 2025.
- CRENSHAW, K. **Demarginalizing the intersection of race and sex**. University of Chicago Legal Forum, 1989.
- DE SOUZA, M. C.; OLIVEIRA, J. P. **Políticas de cotas e inclusão de estudantes trans no ensino superior: desafios e possibilidades**. Educação e Sociedade, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 39-58, 2019.
- DRAIBE, S. M. **A política social no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. In: Reforma do Estado e mudanças na América Latina e Caribe. Brasília: Ipea, 2003.
- FARMER, P. **Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor**. Berkeley: University of California Press, 2005.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.
- FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- GALILEU. **Quem foi Janaína Dutra, ativista trans cearense homenageada pelo Google**. Galileu, 2021. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/sociedade/historia/noticia/2021/11/quem-foi-janaina-dutra-ativa-trans-cearense-homenageada-pelo-google.html>. Acesso em: 27 jan. 2025.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOFFMAN, Erving. **Stigma: notes on the management of spoiled identity**. New York: Simon & Schuster, 1963.
- GOMES, André. **Cultura e saúde: uma análise da resistência à inclusão de pessoas trans nas políticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018.
- GONZALEZ, Lélia. **O lugar da mulher negra no Brasil**. Revista de Antropologia, 1984.
- GUSSI, A. M.; BRENNER, J. **Pode o subalterno avaliar?** Reflexões sobre avaliação, poder e decolonialidade. Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 7, n. 2, p. 10-25, 2017.
- HARVEY, D. **Justice, nature and the geography of difference**. Oxford: Blackwell, 1996.
- HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. **Policy analysis for the real world**. Oxford: Oxford University Press, 1984.

LASSWELL, H. D. **The decision process: seven categories of functional analysis**. College Park: Bureau of Governmental Research, 1956.

LASSWELL, H. D. **The policy orientation**. In: LERNER, D.; LASSWELL, H. **The policy sciences: recent developments in scope and method**. Stanford, CA: Stanford University Press, 1951. p. 3-15.

LEITE JÚNIOR, J. **Corpos em aliança e luta por reconhecimento: a política simbólica das identidades trans**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2012.

LECHNER, N. **Los patios interiores de la democracia**. Santiago: Fondo de Cultura Económica, 1988.

LIMA, L. D.; D'ASCENZI, L. **Políticas públicas e desigualdades sociais**. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUGONES, María. **The coloniality of gender**. *Worlds and Knowledges Otherwise*, v. 2, n. 2, p. 1-17, 2008.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 7, 2024.

MACHADO, L. **Políticas públicas e cidadania: desafios contemporâneos**. Fortaleza: Editora da UFC, 2024.

MARCONDES, C. H. **Avaliação em profundidade: uma abordagem interpretativa para a análise de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: ENAP, 1996.

MBEMBE, Achille. **Necropolitics**. *Public Culture*, v. 15, n. 1, p. 11–40, 2003.

MEYER, I. H. **Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence**. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, Tatiana Lionço; JESUS, Jussara Andrade de. **Saúde e população trans no Brasil: entre políticas e práticas institucionais**. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 125, p. 223-236, 2020.

MOMBAÇA, Jota. **Corpos em disputa: colonialidade, saúde e resistência**. Fortaleza: Editora Resistir, 2021.

MOMBAÇA, Jota. **Notas sobre o corpo impossibilitado: transfobia estrutural e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Lumiar, 2020.

- MOIRA, Amara. **E se eu fosse puta**. São Paulo: Hoo Editora, 2016.
- NERY, João W. **Viagem solitária**: memórias de um transexual 30 anos depois. São Paulo: Leya, 2011.
- OZANIRA, M. F. **Programas de transferência de renda no Brasil**: entre a proteção e a responsabilização social. In: **Políticas públicas no Brasil**: reflexões sobre a relação Estado e sociedade. Brasília: Ipea, 2011.
- PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira e a construção do SUS**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 15, n. 3, p. 655-673, 2008.
- PAUGAM, S. **Desigualdades sociais e saúde**. São Paulo: Fiocruz, 2015.
- PRECIADO, Paul B. **Pornotopia**: an essay on Playboy's architecture and biopolitics. New York: Zone Books, 2008.
- PRECIADO, Paul B. **Testo junkie**: sex, drugs, and biopolitics in the pharmacopornographic era. New York: Feminist Press, 2013.
- PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation**: how great expectations in Washington are dashed in Oakland. 3. ed. Berkeley: University of California Press, 1984.
- PUOSSO, Caio Jade; DELUCA, Naná. **Entrevista com Amara Moira**. Revista Crioula, n. 24, 2º semestre de 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/crioula/article/download/162600/158689/387541>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- QUEEN for a Day: **Transformistas, beauty queens, and the performance of femininity in Venezuela**. 2014.
- RICH, Adrienne. **Compulsory heterosexuality and lesbian existence**. Signs: Journal of Women in Culture and Society, v. 5, n. 4, p. 631-660, 1980.
- RODRIGUES, L. **Avaliação em profundidade**: uma abordagem interpretativa. São Paulo: Cortez, 2008.
- SEGATO, Rita. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.
- SEGATO, Rita. **Las estructuras elementales de la violencia**. Buenos Aires: Prometeo, 2013.
- SILVA, José; BITTENCOURT, Mariana. **Violência e juventude LGBTQIA+**: um estudo das experiências de vida. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 32, n. 93, p. 151-169, 2017.
- SILVA, Maria Delfino da. **A transexualidade na política de saúde no Ceará**. 2022. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2022.
- SILVA, R. M. **Educação em saúde e PrEP**: uma análise das práticas educativas na prevenção do HIV. Jornal de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 250-262, 2019.
- SOJA, E. W. **Seeking spatial justice**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2010.

SOUZA, C. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. *Sociologias*, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

TESTA, R. J.; SCIACCA, L. M.; WANG, F.; HENDRICKS, M. L. **Effects of violence on transgender and non-binary people**: a systemic review. *Lancet*, v. 4, n. 2, p. 133-141, 2017.

WEDEL, J. R. **Collision and collusion**: the strange case of Western aid to Eastern Europe. New York: Palgrave Macmillan, 2001.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por **CAIO SILAS SILVA FAHEINA** como participante da pesquisa intitulada **LUGAR DO ESTIGMA: UMA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE PESSOAS TRANSGÊNERO NA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO GOVERNO DO CEARÁ**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a assistência em saúde do **ambulatório Sertrans**, para atendimento a pessoas transgênero.

A pesquisa realizará aplicação de questionário com pacientes do ambulatório estadual Sertrans, em funcionamento no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), da rede da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa). Entre os benefícios da pesquisa, estão: o aumento da visibilidade das necessidades específicas da população transgênero em relação ao atendimento de saúde, sensibilizando tanto profissionais quanto o público em geral sobre a importância de um atendimento livre de estigmas; os resultados da pesquisa podem servir como uma base sólida para a (re)formulação ou implementação de políticas públicas mais inclusivas e eficazes, que levem em consideração as particularidades da população trans e promovam a equidade no acesso à saúde; identificação de fragilidades e entraves no atendimento atual pode levar a melhorias significativas nos serviços prestados pelo ambulatório, o que inclui a possibilidade de realocação do serviço para um ambiente menos estigmatizante, melhorando a experiência e os resultados de saúde para pacientes.

As informações coletadas serão tratadas com **total confidencialidade** e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. **Nenhuma informação pessoal será divulgada** e os dados serão apresentados de forma agregada, sem identificação individual. Nenhum pagamento será realizado para a execução desta pesquisa.

A qualquer momento, o(a) participante poderá recusar a continuar participando desta pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:**Nome:** Caio Silas Silva Faheina**Instituição:** Universidade Federal do Ceará**Endereço:** Avenida Rui Barbosa, 1645, ap 502 – Aldeota – Fortaleza (CE)**Telefones para contato:** (85) 99983-3369

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador	Data	Assinatura
---------------------	------	------------

Nome da testemunha	Data	Assinatura
--------------------	------	------------

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional	Data	Assinatura
----------------------	------	------------

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa de mestrado intitulada LUGAR DO ESTIGMA: UMA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE PESSOAS TRANSGÊNERO NA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO GOVERNO DO CEARÁ, conduzida por Caio Faheina, aluno do programa de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas na Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a orientação da prof. dra. Milena Braz.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a assistência em saúde de pessoas trans no ambulatório Sertrans. Sua participação é voluntária e consiste em responder a um questionário que levará aproximadamente cinco minutos. Suas respostas serão extremamente valiosas para o avanço deste estudo.

As informações coletadas serão tratadas com total confidencialidade e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Nenhuma informação pessoal será divulgada e os dados serão apresentados de forma agregada, sem identificação individual.

Ao continuar, você declara que leu e compreendeu as informações acima, e que concorda voluntariamente em participar desta pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida ou necessitar de mais informações, por favor, entre em contato pelo e-mail caiofaheinapress@gmail.com ou com a prof. dra. Milena Braz, pelo e-mail: milena@virtual.ufc.br.

Agradecemos imensamente sua colaboração!

Atenciosamente,

Caio Faheina

Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas

Universidade Federal do Ceará

1. Qual a sua idade?

- 18 anos ou menos
- 19 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- 61 anos ou mais

2. Qual o seu município de origem?**3. Com qual gênero você se identifica?**

- Homens trans
- Mulher trans
- Travesti
- Não binário
- Outro: _____

4. Em relação à cor/raça, você se autodeclara:

- Branca(o)
- Negra(o)
- Preta(o)
- Amarela(o)
- Indígena
- Outro: _____

5. Qual a sua renda familiar mensal total?

- R\$ 0 a R\$ 2.000
- R\$ 2.001 a R\$ 5.000
- R\$ 5.001 a R\$ 8.000

- R\$ 8.001 a R\$ 11.999
- Acima de R\$ 12.000
- Não possuo renda mensal

6. Qual o seu vínculo com o ambulatório Sertrans?

- Paciente
- Ex-paciente

7. Há quanto tempo você é ou por quanto tempo você foi paciente do ambulatório Sertrans?

- 6 meses ou menos
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 3 anos
- 3 a 4 anos
- 4 a 5 anos
- 5 anos ou mais
- Outro: _____

8. Qual foi o tempo de espera para a sua primeira consulta no ambulatório Sertrans?

- 1 mês ou menos
- 2 a 4 meses
- 4 a 6 meses
- 6 a 8 meses
- 8 a 12 meses
- 12 meses ou mais

09. Sobre o atendimento no ambulatório, você está/ficou:

(A escala vai de 0 a 4, em que 0 é muito insatisfeito e 4 é muito satisfeito)

10. Sobre o quadro de profissionais do ambulatório, você está/ficou:

(A escala vai de 0 a 4, em que 0 é muito insatisfeito e 4 é muito satisfeito)

11. Sobre o ambulatório estar localizado no bairro Messejana, em Fortaleza, você está/ficou:

(A escala vai de 0 a 4, em que 0 é muito insatisfeito e 4 é muito satisfeito)

12. Sobre o ambulatório estar localizado no Hospital de Saúde Mental Professora Frota Pinto, você está/ficou:

(A escala vai de 0 a 4, em que 0 é muito insatisfeito e 4 é muito satisfeito)

13. Sobre a Farmácia/dispensação de medicamentos do ambulatório Sertrans, você está/ficou:

(A escala vai de 0 a 4, em que 0 é muito insatisfeito e 4 é muito satisfeito)

14. O que você considera MAIS positivo no ambulatório Sertrans?

- Atendimento (acolhimento, consultas)
- Periodicidade dos atendimentos/das consultas
- Quadro de profissionais de saúde
- Localização do ambulatório no bairro Messejana, em Fortaleza
- Localização do ambulatório no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
- Farmácia/dispensação de medicamentos
- Outro: _____

15. O que você considera MENOS positivo no ambulatório Sertrans?

- Atendimento (acolhimento, consultas)

- Periodicidade dos atendimentos/das consultas
- Quadro de profissionais de saúde
- Localização do ambulatório no bairro Messejana, em Fortaleza
- Localização do ambulatório no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
- Farmácia/dispensação de medicamentos

Outro: _____

16. Possui algum elogio ao ambulatório Sertans? Escreva abaixo.

17. Possui alguma crítica ao ambulatório Sertans? Escreva abaixo.

ANEXO A – DADOS BRUTOS DA PESQUISA DE CAMPO

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	Idade	Município de origem	Região de Saúde	Gênero	Raça	Renda familiar mensal (R\$)	Tempo de atendimento no serviço	Tempo de espera para a consulta	Atendimento (0 a 4)	Qualidade profissional (0 a 4)	Localização do bairro (0 a 4)	Satisfação com o cuidado de saúde (0 a 4)	Farmácia (0 a 4)	Considera muito positivo	Considera menos positivo	Eligível ao serviço	Críticas ou sugestões ao serviço
1	18 anos	Oceara	Fortaleza - A	Homem - branco	Branco	2.000 a 5.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	4	4	4	4	4	4	4	Demora no atendimento
2	19 a 30 anos	Picópi	Fortaleza - B	Mulher - negra	Pardo	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	3	3	3	4	4	4	4	Muito distante da minha casa, fazendo com que tenha mais dificuldades para chegar
3	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - B	Mulher - negra	Pardo	2.000 a 5.000	2 a 3 meses	12 meses	4	4	2	2	4	4	4	4	Tem uma geladeira sem gelado, os profissionais ficam muito tempo esperando para atender. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
4	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Homem - branco	Negro	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	4	2	2	2	2	2	2	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
5	41 a 60 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Homem - branco	Branco	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	4	4	4	4	4	4	4	Nenhuma
6	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Homem - branco	Branco	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	1	3	3	3	3	3	3	3	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
7	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Homem - branco	Pardo	Não possui renda mensal	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	4	3	2	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
8	19 a 30 anos	Novo Russas	Norte	Homem - branco	Pardo	2.000 a 5.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	4	2	2	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
9	19 a 40 anos	Sobral	Nordeste	Homem - branco	Branco	2.000 a 5.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	4	2	2	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
10	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Mulher - negra	Negro	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	4	2	0	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
11	19 a 40 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Mulher - negra	Pardo	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	4	4	4	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
12	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Homem - branco	Branco	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	4	3	3	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
13	19 a 30 anos	Guilbina	Fortaleza - A	Mulher - negra	Pardo	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	3	2	0	3	3	3	3	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
14	19 a 40 anos	Guilbina	Fortaleza - A	Mulher - negra	Branco	Não possui renda mensal	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	3	0	0	2	2	2	2	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
15	19 a 30 anos	Centróide	Sudeste Central	Homem - branco	Pardo	2.000 a 5.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	3	3	3	2	2	2	2	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
16	19 a 40 anos	Fortaleza	Fortaleza - B	Homem - branco	Pardo	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	4	4	4	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
17	19 a 40 anos	Marcacanal	Fortaleza - A	Homem - branco	Pardo	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	2	4	4	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
18	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Homem - branco	Negro	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	3	3	3	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
19	19 a 30 anos	Cauacema	Fortaleza - A	Homem - branco	Branco	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	2	3	4	3	3	3	3	3	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
20	19 a 30 anos	Picópi	Fortaleza - A	Homem - branco	Branco	Não possui renda mensal	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	4	4	4	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
21	19 a 30 anos	Centróide	Sudeste Central	Mulher - negra	Amarelo	0 a 2.000	2 a 3 meses	2 a 4 meses	4	4	2	2	4	4	4	4	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.
22	19 a 30 anos	Fortaleza	Fortaleza - A	Homem - branco	Branco	5.000 a 9.999 a/mo	2 a 3 meses	2 a 4 meses	3	4	4	4	3	3	3	3	Profissionais recebem bem, mas não recebem bem os pacientes. Não há uma recepção adequada para o paciente. Não há uma crítica, é uma sugestão.