

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MARINA PASCHOALIM AMORIM
MARIA EDUARDA HORTA SABINO**

Violência Contra Pessoas Trans e Racismo no Sistema Único de Saúde: reflexões sobre a
interseccionalidade nos espaços de saúde

**JUIZ DE FORA
2025**

**MARINA PASCHOALIM AMORIM
MARIA EDUARDA HORTA SABINO**

Violência Contra Pessoas Trans e Racismo no Sistema Único de Saúde: reflexões sobre a interseccionalidade nos espaços de saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Pereira Paiva

**JUIZ DE FORA
2025**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca
Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Paschoalim Amorim, Marina; Horta Sabino, Maria Eduarda.
Violência Contra Pessoas Trans e Racismo no Sistema Único de Saúde:
reflexões sobre a interseccionalidade nos espaços de saúde / Marina
Paschoalim Amorim e Maria Eduarda Horta Sabino. -- 2025.
61 p. : il.

Orientadora: Sabrina Pereira Paiva
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade
Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2025.

1. Violência Contra Pessoas Trans. 2. Racismo. 3. Interseccionalidade. 4.
Saúde Pública. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Pereira Paiva, Sabrina,
orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discente	Marina Paschoalim Amorim Maria Eduarda Horta Sabino
Matrícula Discente	202019036; 202019014
Título do TCC	Violência Contra Pessoas Trans e Racismo no Sistema Único de Saúde: reflexões sobre a interseccionalidade nos espaços de saúde
Natureza do trabalho	
Curso	Serviço Social
Orientador(a)	Prof. Dra. Sabrina Pereira Paiva
Coorientador (se houver)	
Data da aprovação	13/03/2025
Nome, titulação d s(as) componentes da banca	Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte; Profa. Ma. Fernanda Picinin Moreira

Aprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente acima designado(a).

Juiz de Fora, 13 de março de 2025.

Assinatura digital do Orientador(a)



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 18/03/2025, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2287875** e o código CRC **43A31BCE**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Formato da Defesa: (X) presencial () virtual () híbrido

Ata da sessão (X) pública () privada referente à defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Violência Contra Pessoas Trans e Racismo no Sistema Único de Saúde: reflexões sobre a interseccionalidade nos espaços de saúde, para fins de obtenção do grau de Bacharel em SERVIÇO SOCIAL, pelo(a) discente Marina Paschoalim Amorim e Maria Eduarda Horta Sabino (matrícula 202019036 e 202019014), sob orientação da Prof.(a) Dr(a)Sabrina Pereira Paiva e coorientação da Prof. a) Dr(a)_____, na Faculdade de SERVIÇO SOCIAL da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Aos 13 dias do mês de março do ano de 2025 , às 10 h composta pelos seguintes membros:

Titulação	Nome	Na qualidade de:
Dra.	Sabrina Pereira Paiva	Orientadora
Dr.	Marco Jose de Oliveira Duarte	Membro da Banca
Ma	Fernanda Picinin Moreira	Membro da Banca

*Na qualidade de (opções a serem escolhidas):

- Orientador (a)
- Coorientador
- Membro da banca

AValiação da Banca Examinadora

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(X) APROVADO

() REPROVADO, conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

Nota: 100

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre o Trabalho de Conclusão de Curso e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de (colocar o nome do curso), deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.

Juiz de Fora, 13 de março de 2025.

Assinatura digital dos membros da Banca Examinadora



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 18/03/2025, às 09:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marco Jose de Oliveira Duarte, Professor(a)**, em 18/03/2025, às 18:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Picinin Moreira, Professor(a)**, em 19/03/2025, às 14:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Eduarda Horta Sabino, Usuário Externo**, em 19/03/2025, às 14:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Paschoalim Amorim, Usuário Externo**, em 19/03/2025, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2287873** e o código CRC **67EB6812**.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, à nossa força e resistência ao longo dessa caminhada acadêmica, pois sem determinação e perseverança, essa conquista não seria possível.

Aos nossos familiares, pelo apoio incondicional, incentivo e paciência durante toda essa trajetória, mesmo nos momentos mais difíceis. Sua presença foi fundamental para que pudéssemos seguir em frente.

À nossa orientadora Sabrina, pela dedicação, paciência e valiosas contribuições que tornaram este trabalho possível. Seu conhecimento e orientação foram essenciais para a construção deste estudo.

Aos amigos e colegas que compartilharam conosco essa jornada, seja oferecendo palavras de encorajamento, apoio emocional ou simplesmente dividindo as dificuldades e conquistas do percurso acadêmico.

A todos os professores e professoras que, com seu conhecimento e compromisso, contribuíram para nossa formação ao longo do curso, despertando reflexões e ampliando minha visão crítica sobre a temática abordada.

Por fim, agradecemos a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte desse processo e nos ajudaram a tornar este trabalho uma realidade.

Muito obrigado(a)!

As organizações constroem narrativas sobre si próprias sem considerar a pluralidade da população com a qual se relacionam, que utiliza seus serviços e que consome seus produtos. Muitas dizem prezar a diversidade e a equidade, inclusive colocando esses objetivos como parte de seus valores, de sua missão e do seu código de conduta. Mas como essa diversidade e essa equidade se aplicam se a maioria de suas lideranças e de seu quadro de funcionários é composta quase exclusivamente de pessoas brancas? (Bento, 2022, p.17)

RESUMO

Este trabalho reflete a violência contra pessoas trans e o racismo no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da perspectiva da interseccionalidade, compreendendo como essas opressões estruturais afetam o acesso e a qualidade do atendimento dessa população. A pesquisa discute as barreiras enfrentadas por pessoas trans negras nos serviços de saúde, desde a discriminação direta até a negligência institucional, evidenciando como o racismo e a violência contra pessoa trans se entrelaçam na negação de direitos fundamentais. A pesquisa também evidencia que a interseccionalidade entre violência contra pessoas trans e racismo é um tema ainda pouco explorado nas produções acadêmicas e nos estudos sobre saúde pública, o que contribui para a invisibilização dessa realidade. Os desafios enfrentados por pessoas trans negras no SUS vão além da discriminação individual, estando profundamente enraizados nas estruturas sociais e institucionais que perpetuam desigualdades. Para isso, são abordados conceitos como racismo estrutural, violência contra pessoa trans e interseccionalidade, além de uma análise crítica das políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e uma pesquisa bibliográfica.

Palavras-Chaves: Interseccionalidade; violência contra pessoas trans; racismo; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present work reflects the violence against trans people and the racism at the public health system in Brazil, known as Sistema Único de Saúde (SUS), from the perspective of intersectionality, understanding how this structural oppressions affect the access and the quality of care for this population. The research discusses the barriers faced by black trans people at the health care services, from direct discrimination to institutional neglect, highlighting how the racism and the violence against trans people intertwine in the denial of fundamental rights. The research also shows that the intersectionality between transphobia and racism is a topic that is still little explored in academic productions and studies on public health, which contributes to the invisibility of this reality. The challenges faced by black trans people in the SUS go beyond individual discrimination, being deeply rooted in the social and institutional structures that perpetuate inequalities. To this end, concepts such as structural racism, violence against trans people and intersectionality are addressed, in addition to a critical analysis of public policies such as the Política Nacional de Saúde Integral da População Negra and the Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Keywords: Intersectionality; violence against trans people; racism; Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 DEBATE CONCEITUAL DO RACISMO E VIOLÊNCIA TRANS.....	14
2.1 RACISMO ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL.....	14
2.2 AS VIOLÊNCIAS CONTRA PESSOAS TRANS.....	29
3. CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E LGBTQIAPN+: BUSCANDO A INTERSECCIONALIDADE.....	34
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: AVANÇOS E DESAFIOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS NEGRA.....	40
4.1 DADOS COLETADOS.....	40
4.2 AMBIENTES DE SAÚDE E SUJEITOS.....	44
4.3 DIFICULDADES E RESULTADOS DAS PESQUISAS.....	45
5 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

Como somos uma dupla estagiando no mesmo hospital oncológico ligado ao SUS e temos vivências na área através de projetos de extensão da UFJF e de movimentos sociais que abordam questões de opressão relacionadas à sexualidade, gênero, classe e raça, com ênfase em LGBTQIAPN+fobia e racismo, decidimos juntas desenvolver este trabalho de conclusão de curso após notarmos, através dessas experiências, da importância de se estudar os conceitos de forma interligada, visando entender as diferentes realidades de cada grupo focando na população transexual negra dentro do sistema de saúde brasileiro.

A interseccionalidade é um conceito fundamental para a compreensão das múltiplas formas de opressão que se sobrepõem e se interligam na sociedade. Foi criado por Kimberlé Crenshaw, jurista estadunidense, em 1989 e, posteriormente, desenvolveu algumas das principais teorias sobre o conceito. Embora esse termo tenha sido nomeado por Crenshaw, ele já existia como uma prática e um pensamento crítico dentro dos movimentos sociais e das produções intelectuais de mulheres negras. O conceito foi construído ao longo do tempo, como resultado da luta dessas mulheres contra um sistema que as invisibiliza, seja na academia, no feminismo ou nos movimentos antirracistas. Crenshaw, ao dar nome à interseccionalidade, consolidou um termo que sintetizava essas reflexões e abriu caminho para sua aplicação como ferramenta teórica e jurídica, mas sua origem e desenvolvimento devem ser reconhecidos como fruto da militância e da resistência negra. Desse modo, a interseccionalidade surge a partir da necessidade de compreender como diferentes formas de opressão – como racismo, machismo e desigualdade de classe – não atuam de maneira isolada, mas sim interligadas, criando experiências específicas de discriminação para determinados grupos sociais. (KYRILLOS, 2020)

Assim, as perguntas que nortearam esse estudo foram: como se dá o acesso de pessoas trans negras ao Sistema Único de Saúde (SUS)? Quais as barreiras essa população enfrenta? As políticas de saúde voltadas para a população negra e população LGBTQIAPN+ possuem uma abordagem interseccional? A literatura da área da saúde que trata sobre o acesso da população trans ao SUS trabalha numa perspectiva interseccional? A partir destas perguntas desenvolvemos nosso estudo. Nossa hipótese é que a população trans enfrenta muitas barreiras para acesso ao SUS, mas essas tornam-se hipertrofiadas quando agregamos os aspectos relativos à raça/cor, implicando em maiores doses de violência institucional para a população trans negra.

A partir dessa definição, separamos o trabalho em 3 capítulos, o primeiro é um debate conceitual do racismo estrutural e institucional e da violência contra pessoas trans de forma com que possamos compreender tais violências e como elas se apresentam de diferentes maneiras para cada sujeito. No segundo capítulo nós entramos no debate das Políticas Nacionais de Saúde Integral da População Negra e da População LGBT, visando compreender essas violências dentro do contexto do SUS. O terceiro e último capítulo faz uma revisão de literatura das produções recentes de 2020 a 2025, publicadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que abordam e refletem sobre gênero, raça e classe, uma vez que no contexto do SUS, a interseccionalidade é necessária para entender as barreiras enfrentadas pela população trans negra no acesso à saúde, pois segundo Cardoso (2012, apud ZERAI, 2000) ela evidencia que não é possível compreender processos de dominação e desigualdade social sem considerar a forma como diferentes marcadores sociais interagem entre si.

2 DEBATE CONCEITUAL DO RACISMO E VIOLÊNCIA TRANS

A violência contra pessoas trans negras no Brasil é um reflexo direto do racismo estrutural e da transfobia que permeia a sociedade. É importante ressaltar que o racismo não surgiu de forma natural, mas foi construído ao longo do tempo para justificar desigualdades e dominação. Sendo assim, a história ajuda a entender como essa estrutura racista foi criada e como ela não se limita a preconceitos isolados ou ações individuais, mas também está incorporada às instituições e estruturas da sociedade. Assim, mesmo sem ações intencionais de discriminação, o sistema continua operando de forma racista, perpetuando essa desigualdade.

A transfobia, por sua vez, é uma forma de violência que agride e desumaniza as pessoas trans, e ela existe porque a sociedade é estruturada em um sistema cisnormativo, que considera a identidade cisgênero (quando a identidade de gênero coincide com o sexo atribuído no nascimento) como a única legítima. Além disso, esse preconceito e discriminação contra as pessoas trans está ligada a normas culturais e religiosas que perduram ao longo da história de nossa sociedade e que reforçam a binaridade de gênero e rejeitam identidades que desafiam essa lógica.

Assim, as pessoas negras e trans tendem a sofrer com estas violências de forma intensificada, acumulando-se múltiplas formas de opressão sobre tais pessoas. Isso resulta em exclusão social, dificuldades no acesso a direitos básicos, violências extremas que geram consequências extremas e vulnerabilidade econômica. Essa dupla opressão está profundamente enraizada na sociedade, moldando diversas esferas da vida, incluindo o acesso à saúde, que segundo a constituição Federal de 1988, o SUS deveria ser um sistema inclusivo, equânime e democrático, porém na prática ele tende a refletir as desigualdades e opressões presentes na sociedade.

2.1 RACISMO ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL

Os quatrocentos anos de escravização no Brasil, foi um período que moldou a sociedade brasileira, suas estruturas e seus valores. A escravização, com suas limitações e contradições, teve um impacto profundo nas vidas e perspectivas humanas das pessoas envolvidas, em especial a população escravizada. Para os negros escravizados, a escravização significava a perda de sua humanidade, sendo tratados como objetos e privados de sua

"verticalidade", ou seja, de sua dignidade e autonomia. A única forma de resgatar essa humanidade era por meio da rebeldia, da resistência contra o sistema que os subjugaram. Por outro lado, os senhores de escravos, representando a classe dominante, que não queriam mudanças no sistema que garantia seus privilégios. (MOURA, 1983)

Durante e após o período de escravização no Brasil, surgiram diversos movimentos sociais que lutavam contra a exploração e buscavam direitos e igualdade para a população negra. No entanto, mesmo com conquistas importantes, como a abolição da escravidão em 1888, as estruturas ideológicas e econômicas de poder escravagistas permaneceram enraizadas na sociedade. Após abolição, os negros foram marginalizados no mercado de trabalho, mesmo com a liberdade legalmente garantida, a sociedade e as instituições mantiveram práticas discriminatórias, pois eles eram vistos como inferiores, de acordo com a teoria eugenista da hierarquia racial, na qual os brancos estão no topo da pirâmide e os negros, mestiços, indígenas, ou seja, os não europeus, estão na base da pirâmide. Essa visão de inferioridade levou à sua exclusão em muitos setores da economia, sendo frequentemente preteridos em favor de trabalhadores brancos ou estrangeiros, em especial europeus. (MOURA, 1983)

Além disso, para o modelo de capitalismo que emergiu após o fim da permissão legal para escravizar, veio a calhar a situação de subalternidade dos negros, já que no novo modelo de produção restava aos negros as posições marginalizadas, não apenas como trabalhadores precários, mas também como peças fundamentais em uma estrutura econômica que perpetuava a exploração, o abuso e a subalternidade da população negra brasileira. A exploração da mão de obra negra foi, então, integrada aos mecanismos reguladores dessa economia, consolidando ainda mais a exclusão social e econômica dessa população. Assim, a luta contra a exploração e pela conquista de direitos enfrentou e enfrenta resistência de estruturas que continuaram a marginalizar e discriminar, mesmo após a abolição da escravatura. (MOURA, 1983)

O racismo, nesse contexto, pode ser entendido como um tipo de discriminação sistemática que tem como base a raça, expressando-se por meio de ações conscientes ou inconscientes que resultam em vantagens ou desvantagens para indivíduos, dependendo do grupo racial ao qual estão associados. Embora esteja relacionado, o racismo se distingue do preconceito racial e da discriminação racial. O preconceito racial refere-se a julgamentos baseados em estereótipos sobre pessoas de um grupo racial específico, podendo ou não levar a atos discriminatórios. Exemplos disso incluem associar negros à violência e à falta de confiança, judeus à avareza ou orientais a uma suposta aptidão natural para ciências exatas. (ALMEIDA, 2019)

A discriminação racial consiste na aplicação de um tratamento desigual a indivíduos pertencentes a grupos racialmente identificados. Para que ocorra, é essencial a existência de poder, ou seja, a capacidade real de exercer influência ou força, sem a qual não seria possível conceder benefícios ou impor desvantagens com base na raça. Dessa forma, a discriminação pode se manifestar de maneira direta ou indireta. A discriminação direta ocorre quando há uma rejeição explícita a indivíduos ou grupos devido à sua condição racial, como em casos de países que impedem a entrada de negros, judeus, muçulmanos, árabes ou persas, ou estabelecimentos que se negam a atender pessoas de determinada raça/etnia, na qual parte do pressuposto de que as pessoas são discriminadas com base em um único fator e que a imposição de um tratamento desigual exige a intenção de discriminar. (ALMEIDA, 2019)

Já discriminação indireta acontece quando normas ou práticas aparentemente neutras acabam prejudicando grupos minoritários, mesmo sem a intenção explícita de discriminar. Isso pode ocorrer de duas formas: ignorando as desigualdades que esses grupos enfrentam na sociedade ou impondo regras baseadas em uma suposta "neutralidade racial", sem levar em conta que essas diferenças sociais existem. Esse tipo de discriminação muitas vezes passa despercebido porque as regras parecem justas à primeira vista, mas, na prática, criam barreiras e reforçam desigualdades. Isso acontece porque as normas não preveem ou não consideram os impactos reais que podem ter sobre determinados grupos. (ALMEIDA, 2019)

O racismo, manifestado através da discriminação racial, não se resume a ações isoladas de preconceito ou a um conjunto de atitudes discriminatórias. Ele é um sistema estruturado, para que a discriminação racial ocorra em diversas esferas da sociedade, como na política, na economia e no acesso a serviços públicos. Sendo assim, o racismo se refere ao sistema que sustenta e reproduz essas desigualdades de maneira contínua. (ALMEIDA, 2019)

Desse modo, o racismo é um fenômeno estrutural, ou seja, é uma parte integrante do funcionamento “normal” da sociedade. Em resumo,

O racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção. (ALMEIDA, 2019, p. 33)

Sendo assim, o racismo está presente nas relações econômicas, políticas, jurídicas e até familiares, sendo reproduzido de forma sistemática. O racismo é entendido como estrutural porque a sociedade já foi historicamente organizada de maneira que privilegie certos grupos sociais em detrimento de outros, tornando essas desigualdades “naturais” e

“tradicionais” aos olhos dos seres humanos. Portanto, a desigualdade racial é sustentada pelas estruturas de poder da sociedade, mas isso não significa que ela seja inalterável ou que esforços antirracistas sejam em vão. Pelo contrário, o racismo deve ser entendido como um processo histórico e político que cria condições para discriminações sistemáticas (ALMEIDA, 2019).

Segundo Lélia Gonzalez,

“A primeira coisa que a gente percebe, nesse papo de racismo é que todo mundo acha que é natural. Que negro tem mais é que viver na miséria. Por que? Ora, porque ele tem umas qualidades que não estão com nada: irresponsabilidade, incapacidade intelectual, ciancice, etc. e tal. Daí, é natural que seja perseguido pela polícia, pois, não gosta de trabalho, sabe? Se não trabalha, é malandro e se é malandro é ladrão. Logo, tem que ser preso, naturalmente. Menor negro só pode ser pivete ou trombadinha (Gonzales, 1979b), pois filho de peixe, peixinho é. Mulher negra, naturalmente, é cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou prostituta. Basta a gente ler jornal, ouvir rádio e ver televisão. Eles não querem nada. Portanto têm mais é que ser favelados”(GONZALEZ, 1984, P.225-226).

Portanto, o racismo estrutural opera por meio da naturalização das desigualdades raciais. Em que, é normalizado e visto como “natural”, justificando a marginalização e a desigualdade enfrentadas pela população negra. As características negativas apresentadas no trecho anterior é uma construção social racista que busca legitimar a exclusão e a violência. Essa visão desumaniza os indivíduos negros e justifica práticas discriminatórias, como a violência policial e a exclusão social, e cria um sistema onde o racismo estrutural perpetua a desigualdade e reforça mecanismos de dominação e controle.

Nesse sentido, o racismo desempenha duas funções dentro da estrutura de poder do Estado, “a primeira é a de fragmentação, de divisão no contínuo biológico da espécie humana, introduzindo hierarquias, distinções, classificações de raças” (ALMEIDA, 2019, p.71). Essa cria distinções que legitimam desigualdades e exclusões, na qual o racismo estabelece quem merece morrer ou viver, definindo quem será protegido e quem será exposto à morte, não apenas no sentido físico, mas também na forma de exclusão social e rejeição, que significa o apagamento de direitos e vozes. (ALMEIDA, 2019)

A segunda “função do racismo é permitir que se estabeleça uma relação positiva com a morte do outro.” (ALMEIDA, 2019, p. 71), ou seja, uma justificativa biológica para a eliminação ou marginalização de grupos considerados “degenerados” ou pertencentes a uma “raça ruim”. Nessa lógica, a morte ou exclusão do outro não é vista como um ato de confronto direto ou guerra, mas como uma forma de proteger e fortalecer o desenvolvimento do grupo dominante. Assim sendo, o racismo atua como uma ferramenta de poder que legitima

desigualdades, marginalizações e até mesmo a destruição de grupos sociais, tudo em nome de um suposto fortalecimento do grupo hegemônico e da perpetuação dos privilégios. (ALMEIDA, 2019)

A branquitude, como explica Bento (2002), busca que esses privilégios sejam perpetuados por meio de discursos meritocráticos e que impeçam, dessa forma, que pessoas negras ocupem cargos ou posições de destaque. E essa herança europeia que se nota principalmente após o período da escravização, no qual vieram diversos imigrantes do continente europeu para trabalhar em diversos postos de trabalho no objetivo de embranquecer o país além do apagamento e omissão de resistências negras e indígenas na época que mostram o protagonismo negro, principalmente dos quilombos, na luta contra a escravização. Em que tal omissão impactava diretamente na visão internacional que a Europa tinha da “nova democracia racial” no Brasil. Então, por meio dessa falsa democracia racial e do discurso meritocrático, as pessoas negras são submetidas às violências e humilhações veladas contra o seu corpo em qualquer ambiente, sendo esse discurso uma das justificativas que a branquitude dá ao fato de que pessoas negras estejam mais ausentes em posições iguais nos espaços de poder que eles frequentam, no qual

“Os negros são vistos como invasores do que os brancos consideram seu espaço privativo, seu território. Os negros estão fora de lugar quando ocupam espaços considerados de prestígio, poder e mando. Quando se colocam em posição de igualdade, são percebidos como concorrentes” (BENTO, p.53, 2002)

De acordo com Silvio de Almeida (2019), a branquitude pode ser entendida como uma posição social em que os indivíduos pertencentes ao grupo racial branco são sistematicamente privilegiados, tendo acesso facilitado a recursos materiais e simbólicos que não são igualmente acessíveis a outros grupos raciais. Esse privilégio tem suas origens em processos históricos como o colonialismo e o imperialismo, que estabeleceram a supremacia branca e garantiram aos brancos o controle sobre riquezas, poder político e outros recursos. O que se observa, no entanto, é que esse privilégio não desapareceu com o tempo. Pelo contrário, ele foi mantido e continua sendo preservado na sociedade contemporânea, influenciando as estruturas sociais, culturais e econômicas (ALMEIDA, 2019). A branquitude, portanto, refere-se não apenas à cor da pele, mas a um conjunto de vantagens e oportunidades que são conferidas a indivíduos brancos devido à sua posição histórica e social.

Com isso, pode-se concluir que a branquitude é essa omissão constante da participação ativa dos brancos no racismo, como se eles fossem meros espectadores, em que se reconhece

a desigualdade racial, mas “não associam essas desigualdades raciais à discriminação e isto é um dos primeiros sintomas da branquitude” (BENTO, p.3, 2002). Essa postura contribui para a perpetuação do racismo, uma vez que nega a responsabilidade coletiva na sustentação das hierarquias raciais.

Além dessa omissão, o racismo também é manifestado de duas maneiras, o primeiro é o racismo extrínseco, em que “baseiam a sua discriminação entre os povos na crença de que os membros de raças diferentes se distinguem em certos aspectos que autorizam um tratamento diferencial - tais como honestidade, coragem ou inteligência.” (APPIAH, 1992:5, *apud*, GUIMARÃES, 2005, p 34). Ou seja, esse racismo opera atribuindo qualidades morais ou características, como indispensáveis em grupos sociais, na qual são tratadas como naturais e inerentes a cada raça, sendo assim, sustenta a discriminação na ideia e crença equivocada que essas diferenças justificam um tratamento desigual. Isso cria uma hierarquia racial, onde determinados grupos são considerados mais dignos, inteligentes ou capazes que outros, legitimando a exclusão ou o privilégio com base em critérios aparentemente aceitáveis. Dessa forma o racismo extrínseco se manifesta de forma explícita, pois utilizam estereótipos como justificativa para discriminação. (GUIMARÃES, 2005)

O segundo é o racismo intrínseco,

“são pessoas que fazem distinções de natureza moral entre indivíduos de raças diferentes porque acreditam que cada raça tem um status moral diferente, independente das características morais implicadas em sua essência racial. Assim como, por exemplo, muitas pessoas que são biologicamente relacionadas a outras - um irmão, um tio, um primo - derivam desse fato um interesse moral por essas pessoas, também um racista intrínseco pensa que o simples fato de ser da mesma raça é uma razão plausível para preferir uma pessoa a outra.” (APPIAH, 1992:6, *apud*, GUIMARÃES, 2005, p 35).

Isso significa, que nesse tipo de racismo a discriminação não decorre de supostas diferenças de comportamentos ou habilidades, como a honestidade e inteligência, mas em uma ideia de que apenas o pertencimento racial define o valor moral de um indivíduo. Sendo assim, o fato de uma pessoa pertencer à mesma raça é considerado moralmente superior ou preferível em relação às outras raças, em que a raça em si é tratada como critério absoluto de hierarquia moral, essa perspectiva opera de forma mais sutil. Isto acaba reforçando a discriminação, pois legitimiza a exclusão e a desvalorização de outras raças.

Essas formas de racismo alimentam e são alimentadas pela ideia de “supremacia branca”, a qual se caracteriza como uma dominação que não ocorre apenas por meio da força bruta, mas também através de mecanismos mais sutis, como a criação de consensos ideológicos e mediações culturais. (ALMEIDA, 2019)

A dominação racial, portanto, não é apenas uma questão de imposição do poder, mas também está profundamente enraizada no complexo cultural que permeia a sociedade. Nesse contexto, desigualdades, violência e discriminação racial são absorvidas e se tornam parte do cotidiano, de tal forma que as pessoas brancas, de maneira consciente ou inconsciente, exercendo a dominação por meio de pequenos atos, procedimentos e mecanismos que reforçam as desigualdades raciais. Essas ações, aparentemente insignificantes, contribuem para manter estruturas de privilégio e exclusão. (ALMEIDA, 2019)

Um exemplo claro disso é a forma como parte da sociedade considera “ofensas raciais como “piadas”, como parte de um suposto espírito irreverente que grassa na cultura popular em virtude da democracia racial” (ALMEIDA, 2019, p.48). Esse tipo de argumento acaba servindo para que o sistema judiciário e de justiça em geral relutem em reconhecer casos de racismo, tratando como situações neutras ou menos graves. Dessa forma, a naturalização dessas práticas contribui para a perpetuação da supremacia branca e da desigualdade racial. (ALMEIDA, 2019)

Isso reflete como tanto o conceito de “ser branco” quanto o de “ser negro” são construções sociais, determinadas não apenas pela cor da pele, mas por uma série de fatores históricos e culturais. Como é apontado por Frantz Fanon, a identidade do negro é formada a partir da negritude e da consciência negra, que surgem como uma reação ao racismo, ou seja, a luta contra a opressão racial e a afirmação da identidade negra são fundamentais para que o negro se reconheça como ser humano em um contexto de marginalização e discriminação. A negritude e a consciência negra, portanto, não são apenas aspectos culturais, mas também formas de resistência e afirmação frente ao racismo. Enquanto o privilégio confere a identidade de branco, as desvantagens sociais e as condições impostas pelo racismo constroem a identidade de negro. A cor da pele ou características físicas servem apenas como marcadores para categorizar e distribuir privilégios ou desvantagens. (ALMEIDA, 2019)

Guerreiro Ramos criticou a maneira como a intelectualidade brasileira tratava o “problema do negro” como se fosse uma característica inerente aos negros, em vez de entender que esse “problema” é um reflexo da ideologia da “brancura” (mentalidade na qual valoriza a branquitude). Para ele a verdadeira “patologia social” (ou seja, um problema grave da sociedade) estava na postura das pessoas brancas, que se opunham à integração social com

negros (ALMEIDA, 2019). Os autores Fanon e Ramos, citados por Almeida, demonstram que o racismo é resultado de uma estrutura social que privilegia a branquitude e nega a diversidade racial, ao mesmo tempo em que cria contradições na própria identidade branca.

Essa perspectiva ajuda a entender a democracia racial como uma estratégia de dominação política, econômica e racial no Brasil, adaptada ao contexto histórico do capitalismo industrial nos anos 1930. De acordo com Antônio Alfredo Guimarães, a democracia racial tem duas vertentes, a primeira é a material, na qual a ampliação do mercado de trabalho urbano integrou a população negra às classes operárias, com leis que garantiram direitos trabalhistas. A segunda é a simbólica, em que o Estado incorporou o ideal modernista de uma nação mestiça, reconhecendo as manifestações culturais negras como parte da cultura afro-brasileira. No entanto, essa cultura era vista mais como regional e mestiça do que como uma expressão autônoma da identidade negra. Desse modo, a democracia racial foi um projeto que buscou integrar os negros à sociedade brasileira, mas de forma limitada, mantendo desigualdades e uma visão simbólica que diluía a identidade negra em uma narrativa mestiça e serviu para legitimar a desigualdade racial e a violência. Assim, o racismo não é algo externo, demonstrando novamente que é um componente estruturante das sociedades capitalistas, como no Brasil. (ALMEIDA, 2019)

Nesse sentido, existe o “mito da democracia racial” no Brasil, na qual Gonzalez apresenta que esse mito oculta as profundas desigualdades e discriminações raciais existentes na sociedade brasileira. Ela utiliza a figura da mulher negra no carnaval como uma metáfora poderosa para ilustrar como o mito é manipulado. No contexto das festividades carnavalescas, a mulher negra é retratada como uma "mulata deusa do samba", celebrada e admirada, mas essa celebração é superficial e está restrita a um momento específico e estereotipado. Durante o carnaval, a mulher negra é idealizada, desejada e quase elevada a uma posição mítica, mas essa imagem está desconectada da realidade social da mulher negra fora desse contexto. (GONZALES, 1984)

Na realidade cotidiana da mulher negra, que, ao invés de ser tratada como "deusa", é muitas vezes vista apenas como "empregada doméstica". Ou seja, enquanto no carnaval ela é simbolicamente celebrada, na vida diária, a mulher negra ocupa posições subalternas e é marginalizada, enfrentando a exploração e as desigualdades estruturais. A palavra "mulata", que no contexto carnavalesco representa a beleza e o exotismo, se torna também associada a um papel social de subordinação, no qual a mulher negra é estigmatizada e inserida em uma posição de exploração. Assim, o mito da democracia racial serve para esconder as desigualdades reais e sistêmicas que existem no Brasil, criando uma falsa imagem de que

todos convivem em harmonia racial, posto isso, por trás dessa aparente aceitação, existe um sistema racial que continua a submeter a população negra a condições de marginalização e exclusão. (GONZALES,1984)

Além do "mito da democracia", existe também o "mito do fundador", conforme analisado por Marilena Chauí, que se baseia na crença de que o Brasil é um país acolhedor, harmonioso e livre de preconceitos, o que esconde e justifica as desigualdades estruturais e a exclusão social. Ele se manifesta na ideia de que o Brasil é uma dádiva natural, com um povo alegre e miscigenado, o que reforça a noção de uma unidade nacional baseada na negação dos conflitos sociais e raciais. (CHAUÍ, 2000)

Esse mito tem duas formas de interpretar a nação, que influenciam a maneira como o país lida com suas contradições sociais, especialmente em relação à escravização e ao racismo, uma é a ideologia do “caráter nacional brasileiro”, em que a nação é vista como resultado da mistura entre indígenas, negros e brancos, formando uma sociedade supostamente harmoniosa e sem preconceitos. Nesse discurso, o negro é representado de forma paternalista, como alguém que se encaixa na estrutura social por meio da "benevolência" do branco, seja na senzala ou na casa-grande. Esse olhar reforça a ideia de uma escravização branda e tenta ocultar a violência do sistema escravagista. (CHAUÍ, 2000)

A outra é a ideologia da “identidade nacional”, que reconhece a escravização como uma instituição violenta que alienou a consciência dos negros, impedindo-os de serem vistos como sujeitos políticos e sociais. No entanto, essa perspectiva também os reduz a vítimas passivas, sem considerar sua capacidade de resistência e luta. Ambas as ideologias, embora partam de premissas diferentes, convergem para um apagamento das realidades e contribuições das populações negras, moldando uma narrativa que dificulta a superação do racismo e das desigualdades sociais no país. (CHAUÍ, 2000)

Ademais, no século XVI e XVII, os colonizadores europeus justificavam a dominação sobre os indígenas com base em ideias de inferioridade natural. Eles eram vistos como "gente sem fé, sem lei e sem rei", ou seja, sem uma organização política e religiosa semelhante à europeia. Por isso, eram considerados inferiores e naturalmente subordinados aos conquistadores. A palavra "nação", usada para se referir a eles, designava grupos humanos sem estatuto civil ou legal, reforçando a ideia de que não eram iguais aos europeus. Para legitimar essa dominação, os colonizadores recorriam ao “direito natural”, argumentando que a liberdade era uma faculdade ligada à capacidade racional de escolher. Como os indígenas não exerciam essa liberdade dentro dos padrões europeus, interpretava-se que eles haviam escolhido voluntariamente a servidão. Essa ideia de "servidão voluntária" serviu como

justificativa para a escravização indígena, mascarando a violência colonial sob o discurso de que os nativos eram naturalmente inferiores e incapazes de se autogovernar. (CHAUI, 2000)

No entanto, à medida que a resistência indígena à dominação se tornou evidente, os colonizadores precisaram criar novas justificativas. Passaram a afirmar que os indígenas eram "indispostos" para o trabalho agrícola, enquanto os negros africanos eram vistos como naturalmente aptos para essa função. Essa mudança no discurso levou à substituição da escravização indígena pela africana, especialmente nas lavouras. Para legitimar essa transição, os europeus misturaram argumentos do "direito natural objetivo" (que afirmava a subordinação natural do negro ao branco) e do "direito natural subjetivo" (que justificava a escravização como consequência das guerras entre tribos africanas e entre africanos e europeus). Segundo essa lógica, os vencidos nas guerras eram "destinados" à escravização, pois a derrota era interpretada como uma escolha natural. Além disso, os negros eram retratados como tendo uma "afeição natural" pelo trabalho agrícola, o que servia para justificar sua exploração. No entanto, essa narrativa ocultava os reais interesses econômicos por trás do tráfico de escravos, que se tornou um setor extremamente lucrativo no comércio colonial. (CHAUI, 2000)

O Brasil era visto como uma "Terra do Sol", um paraíso rico, mas também como um campo de batalha cósmica entre Deus e o Diabo. O litoral representava o domínio da civilização europeia, pois era o ponto de chegada dos europeus, enquanto o sertão era visto como um espaço selvagem e não conquistado, pelo fato de ter florestas densas, estava povoado por povos indígenas, e mais tarde, pela presença de grupos de escravizados fugitivos. Essa dualidade reforçava a ideia de que a colonização e a escravização eram parte de um processo civilizatório necessário, legitimando a exploração e a violência contra indígenas e negros. (CHAUI, 2000)

À vista disso, o "mito do fundador" apresentado pela Marilena Chauí se refere à construção de uma narrativa idealizada sobre a origem do Brasil e suas instituições, muitas vezes usada para justificar e legitimar certas práticas e hierarquias sociais, incluindo a escravização. Em relação a escravização do Brasil, o mito do fundador se conecta com a maneira como a sociedade justificava a subordinação e a exploração dos negros e dos indígenas, tratando essas populações como "naturais" para a escravização. Durante a colonização, a imagem do Brasil foi construída a partir da ideia de uma "natureza" que explica as desigualdades sociais e as relações de poder. Nesse mito, os negros, por exemplo, eram vistos como naturalmente inclinados ao trabalho da terra, o que justificava sua escravização no sistema colonial. Além disso, os indígenas eram inicialmente considerados

inferiores por natureza, o que também os colocava na posição de subordinação aos colonizadores.

A escravização, em vez de ser tratada como uma imposição brutal de poder e violência, era apresentada como uma necessidade da natureza e da história. Os negros, por exemplo, não eram apenas escravizados por força do sistema colonial, mas também através de um "direito natural" que os colocava em uma posição inferior e "destinada" ao trabalho forçado. Esse tipo de raciocínio também influenciava a ideia de que a sociedade brasileira deveria "embranquecer" seus habitantes para alcançar um suposto progresso, algo que se justificava através de teorias raciais pseudocientíficas, como as de Sílvio Romero. (CHAUI, 2000)

O mito do fundador, assim, camufla e naturaliza a opressão, transformando em algo legítimo e parte de uma narrativa de civilização e ordem natural. Essa construção ideológica justificava a exploração da mão de obra negra e indígena como parte do processo de formação do Brasil, e, ao mesmo tempo, escondia as verdadeiras dinâmicas de poder, racismo e violência que sustentavam a escravização e a hierarquia social do país. Em outras palavras, o mito do fundador não só buscava legitimar a escravização, mas também perpetuar as estruturas de dominação racial que marcaram a sociedade brasileira por séculos.

Esses mitos contribuem para que a perpetuação do racismo estrutural atue por meio da naturalização das desigualdades raciais e que, por sua vez, impacta diretamente em diversas esferas da vida da população negra, incluindo a saúde. Esse sistema de discriminação afeta profundamente a subjetividade das pessoas negras aumentando sua vulnerabilidade tanto a transtornos psicológicos quanto a problemas físicos. Além disso, o racismo dificulta o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, comprometendo a qualidade do atendimento e do tratamento que recebem. Esse cenário é agravado pelas condições sociais que frequentemente acompanham a população negra, como maior exposição à pobreza, à violência e à criminalização. Essas condições criam um ciclo de exclusão social e precariedade. Assim, o racismo estrutural não apenas perpetua desigualdades, mas também impacta diretamente a qualidade de vida e a saúde da população negra. (SANTOS, BLACK, SILVA, SANTOS, 2024)

Vale destacar que o racismo pode afetar profundamente a saúde mental dessas pessoas, gerando questões psíquicas e emocionais. As imagens criadas pela sociedade branca, com o intuito de sustentar sua supremacia, influenciam a forma como os negros e negras veem a si mesmos. Desse modo, racismo cotidiano pode causar sérios impactos à saúde física e mental do indivíduo que o vivencia. A constante exposição à discriminação racial gera um estado

permanente de tensão emocional, ansiedade e angústia, que pode resultar em sintomas tanto físicos quanto psíquicos, sendo eles transitórios ou duradouros. A pressão emocional contínua gerada pelo racismo pode levar a frustrações repetidas, falta de oportunidades e perspectivas para o futuro, fatores que aumentam a vulnerabilidade a transtornos como taquicardia, hipertensão arterial, úlceras gástricas, ansiedade, ataques de pânico, depressão e distúrbios no autoconceito e na identidade. O racismo, portanto, afeta diretamente o equilíbrio psíquico e emocional dos indivíduos, colocando-os em risco de adoecimento mental. (SANTOS, BLACK, SILVA, SANTOS, 2024)

No ponto de vista teórico, o racismo é entendido como um processo histórico e político que molda as condições sociais, em que permite a discriminação sistemática de grupos racialmente identificados. Posto isso, o racismo não é apenas resultado de ações individuais, mas é sustentado por estruturas sociais que perpetuam a desigualdade. Embora a responsabilização jurídica de indivíduos que cometem atos racistas seja importante, ela não é suficiente para desmontar um sistema mais amplo que continua produzindo desigualdades raciais, ou seja, para enfrentar o racismo de maneira efetiva, é necessário ir além da punição individual e abordar as bases estruturais que sustentam a discriminação. (ALMEIDA, 2019).

Conforme Grada Kilomba (2019) , “racismo não é um problema pessoal, mas um problema branco estrutural e institucional que pessoas negras experienciam” (KILOMBA, 2019, p. 204). Ou seja, o racismo não é apenas um problema pessoal, que afeta os indivíduos não brancos, mas sim um problema que é estrutural e institucional que reflete a manutenção de privilégios brancos. O racismo, portanto, não é um aspecto periférico ou secundário das relações sociais, ele é o núcleo das desigualdades no Brasil, funcionando como um princípio organizador e estruturante que molda as relações de poder e a distribuição de oportunidades no país.

O racismo institucional mencionado anteriormente manifesta-se quando as dinâmicas e práticas de instituições acabam criando e perpetuando desigualdades raciais, mesmo que de forma indireta ou não intencional. As instituições “apesar de constituídas por formas econômicas e políticas gerais – mercadoria, dinheiro, Estado e direito –, cada sociedade em particular se manifesta de distintas maneiras” (ALMEIDA, 2019. P.26). Por exemplo, embora o Brasil e a França possuam Estados formalmente semelhantes, suas estruturas, funcionamento e impactos são diferentes devido às particularidades de suas histórias e contextos sociais. Assim, as instituições, enquanto expressões das formas sociais, desempenham papel central na perpetuação das desigualdades raciais. (ALMEIDA, 2019)

No caso do racismo institucional, essas instituições operam de maneira que conferem privilégios a alguns grupos raciais e desvantagens a outros, mostrando como o racismo está intrinsicamente ligado às estruturas sociais e políticas de cada sociedade. Dessa forma, racismo não é só sobre preconceito individual, mas também está presente nas instituições. Ele surge como consequência de práticas e normas que refletem desigualdades históricas de uma sociedade. Apesar de formas gerais como o Estado ou o direito existirem em todo o mundo, cada sociedade molda essas instituições de maneira única, o que significa que o racismo institucional no Brasil tem características específicas ligadas à história do país. (ALMEIDA, 2019)

Esse racismo é uma forma de dominação que resulta do controle das instituições por grupos que moldam as normas e práticas sociais para manter seu poder, indo além do racismo individual e focando na estrutura de poder da sociedade. Além disso, ele ocorre quando regras e padrões discriminatórios baseados na raça são estabelecidos para manter a hegemonia de grupos raciais no poder, como homens brancos. Essas práticas tornam a cultura, os valores e as normas desse grupo no modelo dominante para toda a sociedade. Essa “hegemonia não é acidental, uma vez que o grupo racial no poder enfrentará resistências. Para lidar com os conflitos, o grupo dominante terá de assegurar o controle da instituição, e não somente com o uso da violência, mas pela produção de consensos sobre a sua dominação” (ALMEIDA, 2019, p.28), ou seja, pela legitimação social dessa dominação. Além disso, as instituições enfrentam conflitos internos e externos que podem levar a mudanças, como a implementação de políticas de ação afirmativa, que buscam aumentar a representatividade de grupos historicamente discriminados. No entanto, essas políticas geram controvérsias, revelando que as instituições são espaços de disputa e que sua estabilidade depende de sua capacidade de absorver e se adaptar a essas tensões, alterando suas regras e mecanismos quando necessário. (ALMEIDA, 2019)

Sendo assim, o racismo institucional se manifesta nas estruturas, práticas e normas de instituições, como empresas, escolas, hospitais, sistemas de justiça, governos, entre outros. O mesmo, não depende de ações individuais intencionais, mas ocorre de maneira sistemática quando regras, padrões e processos dessas instituições perpetuam desigualdades e privilégios com base na raça. Esse racismo é mantido pela hegemonia de grupos raciais dominantes, que moldam as instituições para refletir e sustentar seus interesses políticos, econômicos e culturais, naturalizando assim sua posição de poder. Isso resulta em barreiras diretas ou indiretas que dificultam a ascensão de grupos racialmente discriminados, como pessoas negras, e na ausência de espaços para discutir ou enfrentar essas desigualdades. Essas

instituições, por serem marcadas por conflitos e disputas internas, podem se reformar para responder às pressões sociais, por exemplo, com a implementação de políticas de ações afirmativas. No entanto, essas mudanças enfrentam resistências, o que evidencia que o racismo institucional está profundamente enraizado em um contexto histórico, político e socioeconômico que favorece a manutenção de desigualdades raciais. (ALMEIDA, 2019)

“As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (ALMEIDA, 2019, p.31). Sendo assim, o racismo institucional é um reflexo direto da estrutura social em que uma instituição está inserida, e para manter a ordem social, elas reproduzem os padrões e normas racistas que já fazem parte dessa ordem. Posto isso, o racismo não é criado pelas instituições, mas é perpetuado por elas. (ALMEIDA, 2019)

O racismo em instituições não se manifesta apenas por meio de atos discriminatórios explícitos, mas também por práticas estruturais e culturais que excluem a diversidade. Destaca-se escolas com a predominância de profissionais brancos, a falta de representatividade das lideranças e a ausência de diversidade nos currículos e projetos pedagógicos. A escolha de perspectivas teóricas e metodológicas eurocêntricas, em vez de considerar a diversidade cultural, reforça a branquitude e marginaliza as culturas negra e indígena, quando estas são incluídas, frequentemente de forma estigmatizada ou sem o devido reconhecimento. Dessa forma, o conceito de racismo institucional se refere a práticas que, embora possam parecer neutras atualmente, perpetuam ou refletem a discriminação histórica contra negros e negras. Esse tipo de racismo não depende da manifestação explícita de preconceito por parte dos profissionais ou da instituição, mas sim dos dados concretos e das estatísticas que evidenciam as desigualdades raciais ainda presentes nas práticas e estruturas da instituição. (BENTO, 2002)

No contexto da saúde, essa lógica se manifesta como um obstáculo significativo para a população negra, que enfrenta dificuldades no acesso e na qualidade do atendimento. Diversos fatores estruturais, como racismo, sexismo e condições socioeconômicas, atuam de maneira interligada para aprofundar essas desigualdades, uma vez que contribui para a desvalorização dessa população durante o atendimento. Isso ocorre por meio de comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais de saúde, que se refletem no cotidiano das práticas institucionais, e

“somado a isso, a ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas pode refletir conflitos raciais nas instituições. A institucionalização do racismo se revela através da imposição e naturalização de práticas discriminatórias baseadas na raça, uma vez que fundamentalmente as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos para impor seus interesses políticos e econômicos, ultrapassando assim a concepção individualista.” (SANTOS, BLACK, SILVA, SANTOS, 2024. p.13)

Ou seja, as instituições de saúde, sendo dominadas por determinados grupos raciais, acabam utilizando seus mecanismos para preservar e promover interesses políticos e econômicos específicos, superando a concepção de racismo como algo meramente individual. Isso evidencia a necessidade de se entender o racismo não apenas como uma atitude de indivíduos, mas como uma estrutura de poder que se reproduz dentro das próprias instituições sociais e de saúde.

Marcelo Campos (2020), ao realizar a pesquisa a respeito da branquitude dos médicos de família de Juiz de Fora, ele nota que esses profissionais não tiveram contato com a temática racial nos espaços de formação, que desconheciam a PNSIPN e que o que foi estudado sobre a população negra foi apenas sobre as patologias mais comuns. A lógica biomédica usada, que só entra no campo das temáticas da doença e outras particularidades, ignora “o processo sócio-histórico de construção das relações raciais na sociedade brasileira fortalece sobremaneira o racismo estrutural e institucionalizado, dos quais se produzem as iniquidades raciais em saúde”. (CAMPOS, 2020,p.186)

Ao analisar os determinantes sociais e as falas dos médicos, nota-se que a ideologia da democracia racial e a branquitude atuam como mecanismos que naturalizam as hierarquias sociais, silenciando as implicações do racismo na perpetuação das desigualdades. Essa visão simplista ignora a história e a cultura que moldam as experiências da população negra, além de desconsiderar o impacto do racismo estrutural nas condições de vida e saúde dessa população, então, o racismo é tratado como consequências de fatores históricos ou estruturais, sem uma análise crítica que considere as dimensões simbólicas e subjetivas das relações sociais. E, a limitação na compreensão das condições de saúde da população negra se traduz em uma análise que reduz as questões de saúde a apenas fatores econômicos, sem considerar a influência do racismo e de outros fatores sociais. (CAMPOS, 2016)

Tais mecanismos de privilégio da branquitude que promovem os interesses racistas, são postos como formas com que a pessoa negra seja a culpada pela desigualdade racial para que os comportamentos racistas sejam justificados.

“Assim, tentar diluir o debate sobre raça analisando apenas a classe social é uma saída de emergência permanentemente utilizada, embora todos os mapas que comparem a situação de trabalhadores negros e brancos, nos últimos vinte anos, explicitem que entre os explorados, entre os pobres, os negros encontram um déficit muito maior em todas as dimensões da vida, na saúde, na educação, no trabalho.”(BENTO, 2002, p.3)

Esses fatores sociais mencionados por Bento (2002) e Campos (2020) impactam diretamente no tratamento direcionado às pessoas negras nos diferentes espaços e instituições, sendo indispensável a interseccionalidade de classe, raça e gênero.

E, para as pessoas LGBTQIAPN+, a classe, a raça são fatores que devem ser considerados, uma vez que o capitalismo é autoritário e tal autoritarismo é pautado no homem cis hétero e branco e qualquer um que saia desse perfil é automaticamente visto como inferior. A pessoa transexual negra, por exemplo, enfrenta não apenas a discriminação relacionada à sua identidade de gênero, mas também o racismo estrutural que marca as relações sociais. A interseção dessas duas ou mais formas de opressão (se incluirmos à relativa à orientação sexual) pode agravar as barreiras enfrentadas por essas pessoas, tornando-as mais vulneráveis à violência, marginalização e exclusão social.

Além disso, a violência contra pessoas trans é uma realidade alarmante, e essa violência é frequentemente mais intensa para as mulheres transexuais negras. Essa violência está enraizada tanto no racismo quanto no cisheteronormatividade, sendo um reflexo da desvalorização de suas existências, tanto como pessoas trans quanto como negras. Na esfera da saúde, as mulheres trans negras também enfrentam uma série de obstáculos. O acesso a tratamentos médicos para a transição de gênero é frequentemente limitado, especialmente em contextos onde as políticas públicas de saúde não priorizam as necessidades de pessoas trans e negras. A combinação de racismo e falta de reconhecimento da identidade de gênero pode dificultar o acesso a cuidados de saúde adequados, como a hormonioterapia ou até mesmo procedimentos de redesignação sexual, além de aumentar a vulnerabilidade à violência médica e à falta de acolhimento por parte de profissionais de saúde.

2.2 AS VIOLÊNCIAS CONTRA PESSOAS TRANS

A transexualidade é um conceito que se refere à experiência de indivíduos cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo atribuído ao nascimento. Ao contrário de cisgêneros, que têm a identidade de gênero alinhada ao sexo biológico com o qual nasceram, pessoas transexuais experimentam uma desconformidade entre o corpo e a vivência interna de

gênero, o que pode gerar desconforto e sofrimento. Esse fenômeno é conhecido como disforia de gênero, e o processo de transição, que pode incluir desde a mudança no nome e na forma de se apresentar até intervenções médicas, como hormonioterapia e cirurgia de redesignação sexual, visa alinhar o corpo com a identidade de gênero vivida, em que a vivência da transexualidade é pessoal e única para cada indivíduo e envolve, frequentemente, a busca por uma expressão de gênero condizente com a percepção interna que a pessoa tem de si. (JESUS, 2012)

“Cada pessoa transexual age de acordo com o que reconhece como próprio de seu gênero: mulheres transexuais adotam nome, aparência e comportamentos femininos, querem e precisam ser tratadas como quaisquer outras mulheres. Homens transexuais adotam nome, aparência e comportamentos masculinos, querem e precisam ser tratados como quaisquer outros homens” (JESUS, 2012, p.15)

E, precisamos nos atentar de que a transexualidade não segue apenas a binariedade dos gêneros de homem e mulher, existem as pessoas fora desse espectro que se identificam como um terceiro gênero ou de um não-gênero. As travestis, por exemplo, veem-se nesse conceito do terceiro gênero com uma identidade feminina, porém distinta da mulher trans. (JESUS, 2012)

Além de que a transexualidade não está relacionada à orientação sexual de uma pessoa, que diz respeito à atração por outros indivíduos, mas sim à forma como ela percebe e vivencia seu próprio gênero. Ou seja, uma pessoa transexual pode ser heterossexual, homossexual, bissexual, entre outras orientações, assim como qualquer outra pessoa. A identidade de gênero é uma construção social e psicológica que diz respeito à experiência interna de ser homem, mulher ou outra categoria de gênero. As pessoas transexuais enfrentam desafios significativos, como preconceito, discriminação e dificuldades no acesso a cuidados médicos adequados, então, a sociedade, estruturada de forma binária (homem/mulher), é hostil ao não reconhecimento da identidade de gênero de pessoas transexuais e o processo de transição é frequentemente acompanhado de estigmatização social. (JESUS, 2012)

Sendo assim, as pessoas transgêneras são desqualificadas e violentadas devido a uma atribuição de gênero biológico com a qual não se identificam. A violência contra elas se manifesta não só fisicamente, mas também de forma simbólica, sendo uma expressão material da violência de gênero, que busca violar sua integridade ou até mesmo tirar suas vidas, causando dor e sofrimento. A violência transfóbica é uma forma específica de violência de gênero, caracterizada pelos cruéis modos de manifestação e pelas vítimas transgêneras.

“A transfobia é uma sanção normalizadora à transição de gênero e à violação das normas de gênero que se inscrevem no corpo. A violência transfóbica atua em um nível discursivo, por discriminações sutis, de modo que a rejeição à transgeneridade circula nos discursos, entre as pessoas antes mesmo que elas iniciem suas transições e entendam-se pessoas trans. Igualmente, a transfobia participa do grupo de violências de gênero, com sua especificidade característica, alcançando gravíssimas agressões físicas e assassinatos. Socialmente generalizada e acompanhada de crimes de ódio, a transfobia é um componente do genocídio trans no Brasil.” (PODESTÁ, 2019, p.375)

E, esse aniquilamento das identidades trans retira essas pessoas de sua posição de humanidade, colocando-as como alvos de exclusão e invisibilização por contrariar a cisnormatividade. Esse processo nega o direito básico de existir e ser reconhecido como pessoa trans. A ausência de reconhecimento específico da violência contra a população trans é vista como discriminação institucional, evidenciada pela omissão e descaso dos órgãos estatais, que não resolvem os casos e não oferecem atendimento adequado às vítimas. A subnotificação é um problema significativo, pois muitas vezes as identidades trans não são respeitadas nos documentos civis, e o histórico de violações por parte dos agentes de segurança pública fortalece ainda mais esse quadro. O despreparo das autoridades e o preconceito institucional dificultam a denúncia das violências enfrentadas pelas pessoas trans, já que frequentemente as denúncias de transfobia não são reconhecidas. (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021 *apud*. LONDÊRO, REIS, MEWES, 2024)

No Brasil, em 2019, o Plenário do STF chegou a conclusão de que até que o Congresso Nacional mude e edite a lei, atitudes contra a população LGBTIAPN+ seriam enquadradas como crimes de acordo com a Lei Nº 7.716, que criminaliza o racismo. Dessa forma, a tese proposta pelo ministro Celso de Mello é composta por três pontos.

“O primeiro prevê que, até que o Congresso Nacional edite lei específica, as condutas homofóbicas e transfóbicas, reais ou supostas, se enquadram nos crimes previstos na Lei 7.716/2018 e, no caso de homicídio doloso, constitui circunstância que o qualifica, por configurar motivo torpe. No segundo ponto, a tese prevê que a repressão penal à prática da homotransfobia não alcança nem restringe o exercício da liberdade religiosa, desde que tais manifestações não configurem discurso de ódio. Finalmente, a tese estabelece que o conceito de racismo ultrapassa aspectos estritamente biológicos ou fenotípicos e alcança a negação da dignidade e da humanidade de grupos vulneráveis.”(STF, 2019)

Porém, mesmo com a lei vigente, a violência contra pessoas travestis e transgêneras cresce cada vez mais com a agenda anti-trans por meio de discursos políticos conservadores e do crescimento da extrema direita conservadora. “Entre as medidas mais emblemáticas dessa agenda, estão as leis que proíbem a chamada linguagem neutra em ambientes públicos, a

exclusão de atletas trans de competições esportivas e a restrição ao uso de banheiros conforme a identidade de gênero.” (BENEVIDES, 2024, p.6)

No “Dossiê de assassinatos e violências contra pessoas travestis e transexuais brasileiras em 2024” da ANTRA, mostra que em 2024 foram assassinadas 122 pessoas trans e travestis, com uma média de 10 assassinatos por mês. O perfil socioeconômico das vítimas, como nos anos anteriores, continua sendo o de pessoas pobres, e em sua maioria estão envolvidas no trabalho sexual como principal ou fonte secundária de renda. Esse cenário revela que as vulnerabilidades sociais são fatores de risco, expondo essas pessoas à violência, em razão da marginalização que sofrem. E que apesar dos avanços em índices de empregabilidade e economia no país, a população trans continua excluída devido à transfobia estrutural, institucional e social, intensificada pela falta de políticas públicas eficazes e retrocessos nos direitos dessa população. A escassez de acesso a trabalho, moradia, educação, saúde e segurança agrava ainda mais a violência e perpetua um ciclo de exclusão, exploração e violência letal, limitando suas oportunidades de desenvolvimento.(BENEVIDES, 2024)

Além disso, a pesquisa aponta que grande parte da população trans que consegue inserção no mercado de trabalho formal ocupa cargos de baixa remuneração ou posições abaixo de suas qualificações, resultando em subemprego e desigualdade salarial. Isso perpetua a precarização de suas condições de vida e impede a ascensão social e econômica. A falta de empregabilidade formal empurra muitas pessoas trans para trabalhos informais ou precários, expondo-as a riscos, exploração e violência. A restrição de acesso a direitos fundamentais, como moradia, saúde e segurança, agrava a exclusão social e a vulnerabilidade dessa população.

Ao analisar raça e etnia, foi preciso realizar o “processo de heteroidentificação *post mortem* através das fotos das vítimas nas publicações ou em buscas pela internet após a morte”(BENEVIDES,2024, p.75), uma vez que grande parte das notícias não identificavam raça e etnia da vítima. A partir disso, foi concluído que, dentre os casos em que conseguiram fazer essa identificação, 78% das vítimas eram pessoas negras. Por último, a pesquisa analisa sobre o gênero e a identidade de gênero das vítimas, tendo resultado de que dos 122 casos, 117 foram contra travestis e mulheres trans e 5 foram contra homens trans e pessoas transmasculinas (BENEVIDES, 2024). Assim, é posto que “A maioria é negra, empobrecida, e reivindica ou expressa publicamente o gênero feminino trans negras.” (BENEVIDES, 2024, p. 79).

Dessa forma, esses assassinatos de travestis e mulheres trans não acontecem apenas por um impulso momentâneo de violência, mas são consequência de um ciclo de exclusão

social e econômica. Elas vivem em contextos de extrema vulnerabilidade, sem acesso a trabalho formal, educação, saúde ou moradia adequada. Além de serem frequentemente empurradas para a marginalidade, muitas vezes sobrevivendo por meio do trabalho sexual, o que as coloca em situações de maior risco, expostas a agressões físicas e psicológicas constantes. A pobreza, somada à discriminação racial e de gênero, gera um cenário em que essas mulheres ficam desprotegidas, sem respaldo de políticas públicas e sem amparo adequado da sociedade.

3. CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E LGBTQIAPN+: BUSCANDO A INTERSECCIONALIDADE

A interseccionalidade, está sendo observada como ferramenta analítica nesse estudo, pois permite compreender e solucionar problemas sociais. E essa abordagem considera que diferentes categorias sociais, como raça, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, classe social, nacionalidade, entre outras, estão interligadas e influenciam tanto as relações sociais quanto às experiências individuais. Sendo assim, a interseccionalidade analisa como as relações de poder interagem e impactam a sociedade, isso significa que as opressões não podem ser vistas isoladamente mas sim de forma interconectada, moldando as vivências das pessoas. (COLLINS, BILGE, 2020)

Um exemplo claro dessa dinâmica é a maneira como a sociedade estabelece um modelo de corpo considerado o ideal, que em geral é representado por uma pessoa branca, cisgênero, sem deficiência, magra, musculosa e presumidamente heterossexual, esse padrão é visto como referência de normalidade e aceitação. Por outro lado, corpos que fogem dessa normalidade, como os corpos trans, são frequentemente alvo de repulsa e vistos como transgressores, ou seja, como algo que desafia as normas estabelecidas. (PEÇANHA, 2021)

Como já visto, o corpo negro, por si só, já rompe com essa lógica normativa, sendo historicamente marginalizado e associado a preconceitos estruturais. No caso de uma pessoa trans negra mesmo que sua identidade de gênero seja percebida socialmente como cisgênero, ela ainda enfrentará maior rejeição e exclusão do que uma pessoa trans branca. Isso ocorre porque seu corpo representa uma ameaça ao padrão imposto pela sociedade, somando duas formas de opressão: o racismo e a transfobia.(PEÇANHA, 2021)

Diante dessa realidade, políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) representam conquistas fundamentais dos movimentos sociais na luta contra essas desigualdades. Ao analisar cada uma dessas políticas, observa-se que, em primeiro lugar, a PNSIPN, foi implementada no Brasil após intensas lutas dos movimento sociais, especialmente do movimento negro, que denunciava as desigualdades raciais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

Considerando essas lutas, o Ministério da Saúde fundamentou a construção dessa política a partir de estudos que comprovaram essa desigualdade e com um diálogo com os movimentos sociais por meio do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Esse

processo de formulação contou com a contribuição e aprovação do Conselho Nacional de Saúde, garantindo assim a legitimidade à política. Além disso, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou o Plano Operativo, envolvendo todas as esferas de gestão do SUS e comprometendo-as com a implementação de ações e metas voltadas para a equidade e a melhoria da saúde da população negra. Desse modo, em 2009 ela foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Esta Política está fundamentada nos princípios constitucionais da saúde como um direito social, de cidadania e dignidade do ser humano, rejeitando o racismo e reforçando os princípios do SUS. Com isso, busca garantir à população negra um acesso oportuno e humanizado aos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria de suas condições de vida e a redução das desigualdades relacionadas à raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, faixas etárias e classe social. Nesse contexto, o objetivo geral da PNSIPN é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p.32)

No entanto, apesar da existência dessa política, os dados do próprio Ministério da Saúde (2017) evidenciam que as disparidades raciais no acesso aos serviços de saúde ainda são significativas. A proporção de pessoas que “consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74, 8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p.14). Esse dado revela que a população negra, (pretos e pardos) se encontra abaixo da média nacional de 71,2%, sugerindo a existência de barreiras que dificultam o acesso à saúde para esses grupos raciais.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Além disso, a pesquisa também aponta desigualdades no acesso a medicamentos. Enquanto 84,2% das pessoas brancas conseguiram obter todos os medicamentos receitados, esse percentual foi menor entre as pessoas pardas (80,4%) e pretas (81,1%). Esses dados reforçam a existência de um racismo estrutural no sistema de saúde brasileiro, no qual a população negra encontra mais obstáculos para acessar serviços básicos. Essa desigualdade na distribuição de recursos e serviços de saúde corrobora análises sobre o impacto do racismo estrutural nas políticas públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Segundo Almeida (2019), o racismo estrutural se manifesta na forma como os serviços são organizados e distribuídos, restringindo o acesso da população negra a direitos fundamentais, como a saúde.(ALMEIDA, 2019)

A discriminação percebida no atendimento à saúde também é um fator relevante na experiência da população negra. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013,

“havia 146,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil, e, destas, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde. Das pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, destacaram-se: as mulheres (11,6%); as pessoas de cor preta (11,9%) e parda (11,4%), e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%).”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 21).

Além da discriminação no atendimento, os dados indicam também que a maioria da população negra não possui plano de saúde, tornando-se mais dependente do SUS e, conseqüentemente, mais exposta a riscos decorrentes das dificuldades de acesso e da qualidade dos serviços disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Dessa forma, os dados reafirmam a existência de barreiras estruturais no sistema de saúde brasileiro, evidenciando que fatores como raça, gênero e classe social impactam diretamente a qualidade do atendimento recebido.

Essa realidade também está associada a uma lacuna na formação profissional de saúde. Um estudo realizado com o objetivo de examinar o nível de conhecimento e a percepção dos docentes dos cursos da área da saúde em uma universidade pública sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e sua aplicação na formação acadêmica, revelou que a maioria dos docentes dos cursos da área da saúde desconhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e percebe sua ausência nos currículos acadêmicos, configurando uma lacuna na formação profissional. Os resultados também evidenciam a baixa visibilidade da saúde da população negra, tanto no ensino superior quanto na sociedade.(NORONHA, SILVA, ENIGERS, GRAUP, 2024)

Essa falta de conhecimento da política em uma universidade impacta diretamente no sistema de saúde, pois reflete nas disparidades no atendimento. Como consequência, a população branca recebe um serviço mais qualificado em comparação com a população negra. Essa desigualdade fica evidente nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, bem como na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas entre pessoas negras. (QUADROS, LEMES, FERNANDES, PAUNGARTNER, 2020)

Já ao observar sob a ótica da interseccionalidade, no objetivo específico III desta política, é apresentado sobre a inclusão do “tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as intersecções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do

controle social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p.32). Ou seja, a política reconhece que as pessoas negras enfrentam não apenas o racismo, mas também discriminação relacionada ao gênero e à orientação sexual, o que cria uma sobrecarga de opressões e impactos na sua saúde, então ela busca capacitar os profissionais de saúde para que compreendam essas questões de forma integral e possam oferecer um atendimento mais sensível às múltiplas formas de discriminação que afetam a população negra. Ainda ela propõe, o controle social, que seria uma ferramenta fundamental para garantir que as ações voltadas para o enfrentamento dessas discriminações sejam efetivas.

Entretanto, apesar do reconhecimento da interseccionalidade e da importância de enfrentar essas desigualdades, a capacitação dos profissionais de saúde não ocorre de forma eficaz. A ausência da PNSIPN nos currículos acadêmicos e a falta de formação específica para lidar com as múltiplas opressões enfrentadas pela população negra refletem a fragilidade da implementação da política na prática. Isso perpetua o racismo institucional e as barreiras de acesso aos serviços de saúde, comprometendo a qualidade do atendimento e a garantia dos direitos dessa população.

E mesmo com a política mencionando a discriminação de gênero em seu objetivo específico, referindo-se à violência ou ao preconceito direcionado à identidade de gênero, ela não inclui explicitamente o termo identidade de gênero, que é fundamental para reconhecer a autoidentificação das pessoas, como cisgênero ou transgênero. A ausência desse conceito impede que as especificidades da população trans sejam abordadas de forma adequada dentro da política.

Além disso, nas diretrizes gerais da PNSIPN, que servem como princípios norteadores para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, a interseccionalidade entre raça e identidade de gênero não é considerada. Isso significa que a política, ao focar principalmente na desigualdade racial e no enfrentamento do racismo estrutural, pode acabar fragmentada, deixando de contemplar de maneira aprofundada outros marcadores sociais, como a identidade de gênero.

Essa abordagem restrita pode resultar na negligência das necessidades específicas de saúde de pessoas trans negras, uma vez que suas vivências não são plenamente reconhecidas dentro da política. Assim, mesmo sendo um avanço no combate ao racismo estrutural, a PNSIPN ainda apresenta limitações ao não integrar uma visão interseccional mais ampla, capaz de abordar as múltiplas opressões que afetam determinados grupos dentro da população negra.

Já a PNSILGBT, constituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, representa um marco histórico no Brasil. Ela orienta as políticas de saúde, alinhando-se aos princípios de equidade da Constituição e da Carta dos Usuários do SUS e foi desenvolvida sob as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia. Com isso, a política surgiu a partir da visibilidade das questões de saúde LGBT desde a década de 1980, especialmente no contexto da epidemia de HIV/Aids, então, a formulação da política envolveu a participação de diversas lideranças e foi submetida a consulta pública, sendo aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Ela abrange diretrizes que exigem planos e estratégias de saúde, demandando comprometimento das esferas governamentais e a participação ativa da sociedade civil, tendo, assim como objetivo- geral “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 18, 2013)

Revisando a política, nota-se que os objetivos específicos I, XXI e XXII referenciam a respeito da etnia e raça, em que falam

“I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 21-22)

Ao desenvolver os planos, programas, projetos e ações de saúde, são levadas em consideração algumas diretrizes e, dentre elas, a III reforça a “inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território.”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 22)

E, dentro do Plano Operativo da PNSILGBT, cujo objetivo é

“apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população de

lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.23)

o eixo 3 aborda ações e estratégias para promover a educação em saúde entre gestores e profissionais, focando no enfrentamento das discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território, além das especificidades de saúde da população LGBT, incluindo iniciativas para capacitar conselheiros de saúde e lideranças sociais, visando o controle social e a eliminação do preconceito nas práticas de saúde relacionadas a esses temas.

Dessa forma, podemos afirmar que a interseccionalidade é mencionada em ambas as políticas, porém de maneiras e focos diferentes. Na PNSIPN, ela é abordada de forma com pouco aprofundamento, não citando as identidades de gênero e tratando apenas da diversidade sexual, já na PNSILGBT a etnia, cor e raça são abordadas com mais frequências, deixando claro que para promover estratégias de planos e ações para a população LGBTQIAPN+ é importante pensar em gênero, raça e classe. E, ao considerar a interseccionalidade, é possível desenvolver políticas e práticas mais inclusivas e eficazes, que atendam às necessidades específicas de cada grupo.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: AVANÇOS E DESAFIOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS NEGRA

Após tais colocações, vimos necessário uma pesquisa de caráter exploratório e bibliográfico com o objetivo de coletar e revisar quantos artigos que analisam e estudam a respeito da população travesti e transexual no SUS e que abordassem os aspectos de classe, gênero e raça em suas análises. Dessa forma, a pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com o assunto “pessoas trans e o serviço de saúde”, no qual filtramos entre os anos 2020 a 2025, entre as bases de dados LILACS e Coleciona SUS (Brasil) e entre as palavras-chaves “Pessoas Transgênero”; “Transexualidade”; “Identidade de Gênero”; “Sistema Único de Saúde”; “Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero”; “Minorias Sexuais e de Gênero”; “Travestilidade”; “Atenção à Saúde”; “Saúde Pública”. Após a separação dos textos, realizamos uma análise de conteúdo dos artigos a partir de 5 perguntas: “As pesquisas foram realizadas em quais ambientes da saúde?”; “Quais foram os principais sujeitos abordados nas pesquisas?”; “Quais foram os principais resultados destas pesquisas?”; “Quais as dificuldades a população trans/travesti têm no acesso?”; “As pesquisas apontaram elementos para pensarmos na interseccionalidade (de raça e classe)?”.

4.1 DADOS COLETADOS

A pesquisa encontrou um total de 28 artigos, em que o primeiro resultado coletado dos artigos encontrados foi que nenhum refletia diretamente a respeito da interseccionalidade, assim, a pesquisa focou em responder as indagações feitas, refletindo o porquê apenas mencionarem a interseccionalidade, mas não se aprofundar no tema. E, para responder as perguntas, foi feito um quadro com todos os artigos encontrados, destacando as palavras-chave apresentadas em cada artigo e quais deles fizeram reflexões sobre a interseccionalidade.

Quadro 1- Interseccionalidade nos artigos da Biblioteca Virtual de Saúde

Nº	ARTIGOS	INTERSECCIONALIDADE	PALAVRAS-CHAVE
01	Menezes L, Carrasco L, Murgo C, Rahe. B; Invisibilização e preconceitos velados: barreiras para o acesso aos serviços de atenção básica pela população trans, 2024	Não	Pessoas transgênero; Profissionais de saúde; Atenção básica; Equidade no acesso; Vulnerabilidade e saúde.

02	Caetano, C; Rodrigues, M; Amâncio, A; Almeida, L; Barra, B; Maito, S; Ferreira, M. A. População LGBT nos serviços odontológicos: nível de informação e capacitação dos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Natal/rn, 2024	Não	Atenção Primária à Saúde; Cirurgiões-Dentistas; Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero; Minorias Sexuais e de Gênero.
03	Fernandez, R. A.; Miura, E.; Alves, L.; Ferraz, D.; Massa, P.; Pontes, J.; Grangeiro, A.; Couto, M. T.; Trans/Travesti/+: PrEP em serviços especializados antes e durante a pandemia de covid-19, 2024	Menciona a importância da interseccionalidade em um parágrafo, mas não se aprofunda	COVID-19; Covid-19; HIV; HIV; Minorias sexuais e de gênero; Pesquisa qualitativa; Profilaxia; pré-exposição.
04	Medeiros, M.; Gomes, S.; Spinelli Junior, V. Fatores de estresse e resiliência no acesso e utilização de serviços de saúde por travestis e mulheres transexuais no nordeste brasileiro, 2024	Menciona a importância da interseccionalidade em um parágrafo, mas não se aprofunda	Pessoas Transgênero; Acesso aos Serviços de Saúde; Estudos de Gênero
05	Borgert, V.; Stefanello, S; Signorelli, M; Santos, D; "A gente só quer ser atendida com profissionalismo": experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil, 2024	Não	Pessoas Transgênero; Pesquisa Qualitativa; Acesso aos Serviços de Saúde
06	Gomes, A; Sousa, F; Janini, J.; Vargas, L.; Gomes, M.; Lemos, A.; Atendimento na atenção primária à saúde: olhares de pessoas trans, 2023	Não	Enfermagem; Transexualidade; Preferência do paciente; Saúde pública
07	Cortes, H., Morais, A.; Carnevalli, L.; Pinho, P.; Saúde mental de mulheres transgêneras: uma revisão integrativa de literatura, 2022	Não	Saúde mental; Pessoas transgênero; Serviços de saúde para pessoas transgênero; Identidade de gênero
08	Oliveira, J; Sprung, L; Barreiras para o acesso à saúde pública da população trans no Brasil: uma revisão narrativa, 2022	Não	Humanos; Masculino; Feminino; Transexualidade; Procedimentos de Readequação Sexual; Pessoas Transgênero; Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero/provisão & distribuição; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde; Bases de Dados Bibliográficas; Vulnerabilidade em Saúde; Minorias Sexuais e de Gênero
09	Rocon, P.; Barros, M.; Sodré, F.; Rodrigues, A.; O reconhecimento e o	Menciona a importância da interseccionalidade, em um	Aparecimento público; Reconhecimento; Acesso

	aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores(as) da saúde, 2022	parágrafo, mas não se aprofunda	à saúde; Processo saúde-doença; Transexualidade.
10	Cazeiro, F; Galindo, D.; Souza, L; Guimaraes, R; Processo transexualizador no sus: questões para a psicologia a partir de itinerários terapêuticos e despatologização, 2022	Não	Processo transexualizador; itinerários terapêuticos; pessoas trans
11	Hernández, J.; Silva Junior, A.; Barrara, S.; Baldanzi, A.; Uziel, A.; Saúde de travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro e Região Metropolitana: estratégias e condições de acesso.	Menciona a importância da interseccionalidade em um parágrafo, mas não se aprofunda	Humanos; Masculino; Feminino; Sistema Único de Saúde; Sexismo; Pessoas Transgênero; Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero; Identidade de Gênero; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Brasil; Direito à Saúde
12	Rossi, T.; Brasil, S; Magno, L.; Veras, M; Pinheiro, T; Pereira, M; Gonzales Junior, J.; Carvalho, P.; Dourado, I.; Conhecimentos, percepções e itinerários terapêuticos de travestis e mulheres trans no cuidado a infecções sexualmente transmissíveis em Salvador, Brasil, 2022	Menciona a importância da interseccionalidade um parágrafo, mas não se aprofunda	itinerários terapêuticos; travestis; mulheres trans; IST; Sífilis
13	Thomazi, G; Avila, S; Teixeira, L; Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans, 2022	Menciona a importância da interseccionalidade em um parágrafo, mas não se aprofunda	Assistência à saúde; Minorias sexuais e de gênero; Política pública; Sistema Único de Saúde; Transexualidade.
14	Santos, M.; Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas Trans no SUS entre 1997 e 2008, 2022.	Não	processo transexualizador; institucionalização do processo transexualizador; saúde transexual; Sistema Único de Saúde; trajetória do processo transexualizador
15	Gomes, D.; Teixeira, E.; Sauthier, M.; Paes, G.; Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica, 2022	Não	Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Ética; Política Pública; Transexualidade
16	Mota, M.; Santana, A.; Silva, L.; Melo, L.; "Clara, esta sou eu!" Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero, 2022.	Não	Pessoas transgênero; Acesso aos serviços de saúde; Sofrimento social; Nomes
17	Silva Filho, J.; Nascimento, A.; Castro, G.; Pacientes trans e cuidado multiprofissional em centros de	Não	Pessoas trans; Centros de Atenção Psicossocial; Assistência à saúde

	atendimento psicossocial, 2022		
18	Samora, C.; Rodrigues, J.; Almeida, K.; Madeira, L.; Pott, E.; Mulheres transexuais e a experiência com o SUS: possibilidades e desafios., 2021	Não	Psicologia; Minorias sexuais e de gênero; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Caracteres sexuais.
19	Chinazzo, Í.; Lobato, M.; Nardi, H.; Koller, S.; Saadeh, A.; Costa, A.; Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans, 2021.	Não	Depressão; Ideação suicida; Pessoas trans; Preconceito; Tentativa de suicídio.
20	Shihadeh, N.; Pessoa, E.; Silva, F.; A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+, 2021.	Não	Saúde Coletiva; LGBTQIA+; Acolhimento.
21	Alberti, M.; Krüger, W.; Almeida, A.; Stenzel, L.; Análise microetnográfica da (co)produção da transexualidade em um atendimento clínico, 2021.	Não	Transexualidade; Gênero; Despatologização; Análise da conversa; Psicoterapia.
22	Mattos, M.; Zambenedetti, G.; Itinerários terapêuticos de homens trans em transição de gênero, 2021	Menciona a importância da interseccionalidade em um parágrafo, mas não se aprofunda	Itinerários Terapêuticos; Homens trans; Saúde, Gênero; Sexualidade.
23	Silva, R.; Tajra, F.; Luz, P.; Sales, J.; Itinerários terapêuticos da população trans em um município do nordeste brasileiro, 2021.	Não	pessoas trans; acesso à saúde; transexualidade; saúde coletiva; Nordeste.
24	Pontes, J.; Silva, C.; Nakamura, E.; Crianças e Adolescentes trans. A construção de categorias entre profissionais de saúde, 2020	Não	transexualidade; transgênero; cuidado; criança; adolescente; saúde coletiva.
25	Morais, A.; Cortes, H.; Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado, 2020.	Não	Cirurgia de readequação sexual, Enfermagem, Pessoas transgênero, Serviços de saúde para pessoas transgênero, Identidade de gênero.
26	Centro de Referência em Treinamento em DST-HIV/Aids; Silva, M.; Luppi, C.; Veras, M.; Trabalho e saúde na população transexual: fatores associados à inserção no mercado de trabalho no estado de São Paulo, Brasil, 2020	Não	Pessoas transexuais, Mercado de trabalho, Estigma, Discriminação.
27	Rocon, P.; Wandekoken, K.; Barros, M.; Duarte, M.; Sodré, F.; Acesso à saúde pela população trans no Brasil:	Não	revisão integrativa; acesso à saúde; travesti; transexual.

	nas entrelinhas da revisão integrativa, 2020.		
28	Oliveira, I.; Romanini, M.;(Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde, 2020.	Não	Políticas Públicas de Saúde; Transexualidade; Tecnologias em Saúde.

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde (2020 a 2025)

A análise dos dados coletados indicou que, embora existam discussões relevantes sobre a discriminação enfrentada por indivíduos trans e pessoas racializadas, a interseção dessas duas formas de opressão ainda é um campo pouco explorado na literatura acadêmica. Durante a revisão da literatura, foi possível observar que a maioria dos artigos disponíveis foca em uma das dimensões de opressão de cada vez, seja a transfobia ou o racismo, mas raramente aborda a complexidade que surge quando estes marcadores se entrecruzam.

4.2 AMBIENTES DE SAÚDE E SUJEITOS

A partir do quadro, notamos que em sua maioria os artigos focam no SUS, em que 19 abordam exclusivamente os serviços do SUS, enquanto 1 fala exclusivamente sobre o serviço privado e 8 falam dos serviços de saúde tanto público quanto privado. Entre os 19 que falam do SUS, 5 focam o debate na Atenção Primária, 1 foca na Atenção Secundária e 4 focam na atenção hospitalar, enquanto os 9 restantes mencionam o serviço público sem especificar o nível de atenção e assistência à saúde no SUS. E, dos sujeitos principais dos artigos, 4 foram sobre os profissionais da saúde, 14 fizeram pesquisas da população transexual e travesti sem especificar gênero, enquanto 7 foram sobre travestis e mulheres trans, 1 sobre homens trans e 1 sobre a comunidade LGBTQIAPN+.

Como esta pesquisa é sobre o SUS, vamos analisar os temas e os sujeitos encontrados nos 19 artigos que analisaram exclusivamente o SUS. E, dentro de tal critério de pesquisa, nota-se um padrão de reflexões a respeito do processo transexualizador, com análises a respeito das pessoas travestis e transexuais que passam por esse processo no SUS e também da equipe de saúde.

4.3 DIFICULDADES E RESULTADOS DAS PESQUISAS

Dessa forma, o resultado dessas 19 pesquisas revela um panorama preocupante sobre a realidade da população trans no Sistema Único de Saúde (SUS). Como já dito anteriormente, os estudos apontam barreiras estruturais e institucionais que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para essa população. Dentre os principais aspectos levantados, destacam-se a falta de preparo dos profissionais, a presença de discriminação e preconceito, a patologização da transexualidade e a escassez de políticas efetivas para atender a essa demanda de forma adequada.

A falta de preparo dos profissionais da saúde é um dos pontos mais recorrentes nos estudos analisados. Na maioria das pesquisas indicam que a formação acadêmica dos profissionais da saúde não aborda de maneira adequada questões relacionadas à identidade de gênero. Esse déficit na formação reflete diretamente na qualidade do atendimento prestado à população trans, que frequentemente encontra dificuldades ao buscar assistência nos serviços de saúde. (MENEZES et al., 2024; BORGERT et al., 2023, OLIVEIRA, SPRUNG, 2022; LANZ, JUNIOR, 2022; GOMES et al., 2022; FILHO, NASCIMENTO, CASTRO, 2021; SAMORA et al., 2021, ALBERTI et al., 2021; PONTES, SILVA, NAKAMURA, 2020; SILVA, LUPPI, VERAS, 2020; ROCON et al., 2020)

Na pesquisa de Menezes, Carrasco, Murgo e Rahe (2024), consiste em uma entrevista semiestruturada com profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, programa vinculado ao SUS, fica evidenciada a falta de capacitação nos relatos dos entrevistados. O profissional P1, referente a psicólogo, por exemplo, reconhece que, embora o acesso ao sistema de saúde como um todo não seja um problema evidente, há obstáculos significativos quando se trata de atender demandas específicas da população trans:

“[...] isso vai depender da demanda que ela apresenta, tá? O sujeito por si só, pra ele acessar a saúde como um todo, ele não vai ter dificuldade nenhuma, na minha experiência aqui em Estratégia Saúde da Família. Porém, se ele quiser tratar o tema específico sobre o seu sofrimento, sobre sua condição transexual, aí eu acredito que ele vai encontrar bastante dificuldade”. (ENTREVISTADO P1, apud Menezes, Carrasco, Murgo, Rahe, 2024, p. 6)

Essa narrativa sugere que o próprio sistema de saúde impõe barreiras ao cuidado integral da população trans, uma vez que os profissionais não se sentem preparados para lidar com essas demandas. Além disso, a expressão “condição transexual”, sugere que a transexualidade é

uma anormalidade ou um estado transitório que pode ser tratado ou corrigido, o que reflete uma visão patologizante da identidade trans. No entanto, a transexualidade não é uma condição médica, mas sim uma identidade de gênero legítima, que deve ser reconhecida e respeitada sem a necessidade de enquadramento em categorias biomédicas que reforçam o estigma e a marginalização.

Esse tipo de discurso evidencia a falta de preparo, estigmas e preconceitos dos profissionais da saúde para lidar com questões de identidade de gênero, reforçando a percepção de que a população trans enfrenta dificuldades não apenas no acesso ao SUS, mas também no reconhecimento de sua identidade de forma adequada e respeitosa. O entrevistado E5, referente a enfermeiro, reforça essa lacuna na formação acadêmica e na educação continuada dos profissionais:

“Eu acho que as capacitações precisam acontecer. Porque a gente geralmente não pensa nesses grupos, né, não tem esse olhar. A gente tá mais aqui: hipertenso, diabético, criança... né? [...] Nunca foi perguntado isso pra gente, nunca foi questionado. Na faculdade acho que nem se fala disso”. (ENTREVISTADO E5, apud Menezes, Carrasco, Murgo, Rahe, 2024, p. 7)

Esse depoimento evidencia que a negligência em relação à população trans não ocorre apenas no atendimento cotidiano, mas está enraizada desde a formação acadêmica dos profissionais de saúde. A ausência de discussões sobre identidade de gênero e sexualidade na formação universitária impede que os profissionais desenvolvam um olhar sensível e inclusivo, o que resulta em um atendimento inadequado e, muitas vezes, reforça preconceitos e estereótipos, tornando o ambiente hospitalar um local de desconforto e exclusão para essa população.

Outro fator comum entre as pesquisas é a discriminação e o desrespeito ao nome social, evidenciando a violência trans institucionalizada dentro dos serviços de saúde. Muitos profissionais recusam-se a utilizar o nome social das pessoas trans, o que configura uma forma de violência simbólica e institucional. Esse desrespeito contribui para a evasão dessa população dos serviços de saúde, ampliando as barreiras de acesso ao atendimento médico e psicológico. (FERNANDEZ et al., 2024; MEDEIROS, GOMES, JUNIOR, 2024; BORGERT et al., 2023; OLIVEIRA, SPRUNG, 2022; ROCON et al., 2022; SANTOS, 2022; MOTA et al., 2022; FILHO, NASCIMENTO, CASTRO, 2021)

Mas, é importante ressaltar que nome social é um direito legalmente assegurado a pessoas travestis e transexuais e deve ser respeitado em todos os ambientes, sejam eles

públicos ou privados. No Brasil, esse direito foi formalizado pelo Decreto nº 8.727/2016, que “dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade do gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundamental” (Brasil, 2016). Esse decreto estabelece que os órgãos e entidades da administração pública devem respeitar a identidade do gênero das pessoas trans, garantindo que possam ser tratados pelo nome com o qual se identifiquem, independentemente da retificação de seus documentos civis.

No entanto, conforme demonstram essas pesquisas, essa garantia legal ainda não se reflete plenamente na prática, pois há resistência por parte de muitos profissionais de saúde em respeitar esse direito fundamental (FERNANDEZ et al., 2024; MEDEIROS, GOMES, JUNIOR, 2024; BORGERT et al., 2023; OLIVEIRA, SPRUNG, 2022; ROCON et al., 2022; SANTOS, 2022; MOTA et al., 2022; FILHO, NASCIMENTO, CASTRO, 2021). A recusa em utilizar o nome social não apenas viola normas legais, mas também fere a dignidade das pessoas trans e travestis, perpetuando sua marginalização e exclusão dos espaços institucionais.

Além disso, desafios estruturais no SUS também são apresentados nas pesquisas, como a falta de financiamento e precarização dos serviços, que impactam diretamente essa população. A desvalorização de políticas públicas voltadas à saúde da população trans e a falta de investimentos na capacitação profissional contribuem para a perpetuação das desigualdades dentro do sistema de saúde pública. (SANTOS, 2022; ROCON et al., 2020)

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ é um marco importante na promoção da saúde e dos direitos humanos dessa população, que historicamente enfrenta desigualdades e discriminações no acesso aos serviços de saúde. Instituída em 2011, essa política busca garantir que todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, respeitando suas especificidades e necessidades. Um dos principais objetivos da PNSILGBT é promover a inclusão e a equidade no atendimento, reconhecendo que a saúde não se limita à ausência de doenças, mas envolve o bem-estar físico, mental e social. Para isso, a política estabelece diretrizes que orientam a formação e capacitação de profissionais de saúde, visando sensibilizá-los sobre as questões que afetam a população LGBT e a importância de um atendimento acolhedor e livre de preconceitos. (Brasília, 2013)

A política também enfatiza a necessidade de ações voltadas para a saúde mental, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e o acesso a tratamentos adequados, como a profilaxia pré-exposição (PrEP) para a prevenção do HIV. Além disso,

busca garantir que as pessoas trans tenham acesso a serviços de saúde específicos, incluindo acompanhamento psicológico, terapia hormonal e cirurgias de afirmação de gênero, promovendo a despatologização da transexualidade e o respeito à identidade de gênero. (Brasília, 2013)

Porém, apesar dos avanços proporcionados por essa política, os artigos compreendem que ainda existem desafios significativos a serem enfrentados, como a falta de financiamento adequado, e sem o devido financiamento programas específicos para a saúde da população trans tornam-se limitados ou inviáveis, impedindo a ampliação do acesso a serviços especializados e humanizados. (SANTOS, 2022; ROCON et al., 2020)

A patologização da transexualidade também aparece como um problema recorrente. Algumas das pesquisas destacam que a visão biomédica sobre a identidade de gênero ainda é amplamente influenciada por uma lógica cisheteronormativa, que enquadra a transexualidade como um distúrbio ou uma anomalia a ser corrigida. Essa abordagem reforça estigmas e restringe o direito das pessoas trans a um atendimento digno, respeitoso e livre de julgamentos normativos. (OLIVEIRA, SPRUNG, 2022; ROCON et al., 2022; CAZEIRO et al., 2022; THOMAZI, AVILA, TEIXEIRA, 2022; MOTA et al., 2022; SAMORA et al., 2021; SHIHADDEH, PESSOA, SILVA, 2021; ALBERTI et al., 2021; MATTOS, ZAMBENEDETTI, 2021; ROCON et al., 2020; OLIVEIRA, ROMANINI, 2029)

A homofobia e a transfobia frequentemente se entrelaçam. A patologização da transexualidade, por exemplo, carrega resquícios de uma lógica que, no passado, também foi aplicada à homossexualidade. O diagnóstico de “transexualismo”, ainda presente na classificação médica por muitos anos, pode ser compreendido como uma extensão dessa visão patologizante. Essa medicalização impõe um olhar que associa identidades de gênero e orientações sexuais dissidentes a transtornos, reforçando preconceitos e exclusões sociais. (PREU, BRITO, 2019)

A patologização da transexualidade tem impactos diretos na vida das pessoas trans e travestis, especialmente no acesso à saúde pública. Para ilustrar esse contexto, é relevante analisar a criação do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelo Ministério da Saúde, em 2008. Essa portaria representou um marco no reconhecimento das necessidades dessa população, considerando tanto a identidade de gênero quanto à orientação sexual como fatores que influenciam diretamente a saúde dos indivíduos devido ao contexto social. (PREU, BRITO, 2019)

O documento oficial do Ministério da Saúde reconheceu que pessoas trans e travestis são frequentemente marginalizadas devido ao não alinhamento com as normas sociais de

gênero consideradas “normais”. Essa marginalização leva a graves violações de direitos fundamentais, como o acesso à saúde, a garantia da dignidade, a não discriminação, a autonomia e o direito ao livre desenvolvimento da personalidade. Diante desse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi apontado como responsável por oferecer um atendimento integral e inclusivo, que levasse em conta as particularidades dessa população e assegure seu direito à saúde sem barreiras discriminatórias. (PREU, BRITO, 2019)

No entanto, a forma como o Ministério da Saúde definiu a transexualidade na época reforçava uma visão patologizante. O documento descrevia que

“o transexualismo trata-se de um desejo de viver e ser aceito na condição de enquanto pessoa do sexo oposto, que em geral vem acompanhado de um mal-estar ou de sentimento de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico, situações estas que devem ser abordadas dentro da integralidade da atenção à saúde preconizada e a ser prestada pelo SUS.” (BRASIL, 2008)

Essa concepção ainda sustentava a ideia de que ser trans estava necessariamente associado a um sofrimento psíquico ou a uma inadequação ao próprio corpo, reforçando um modelo médico que patologiza a identidade de gênero, tratando-a como uma doença ou transtorno. Dessa forma, mesmo ao reconhecer a necessidade de um atendimento adequado, o próprio sistema de saúde condicionava a transexualidade a um diagnóstico médico, tornando obrigatório um processo de validação por meio de critérios biomédicos. (PREU, BRITO, 2019)

Entretanto, a redefinição do Processo Transexualizador em 2013, representou um avanço significativo ao ampliar o acesso à saúde da população trans e reduzir a dependência de laudos psiquiátricos compulsórios. Apesar desse progresso, a visão biomédica ainda persiste, perpetuando obstáculos no reconhecimento da identidade de gênero, como algo que precisa ser validado por profissionais da saúde, em vez de ser reconhecido como um direito individual e autodeterminado. (PREU, BRITO, 2019)

Outro ponto preocupante apresentado nas pesquisas é a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, o que compromete a continuidade e a eficiência da assistência para as pessoas trans. Pesquisas indicam que muitas dessas pessoas enfrentam dificuldades para acessar serviços básicos, como a atenção primária e especializada, além de encontrarem barreiras no acesso ao Processo Transexualizador no SUS, dificultando o atendimento adequado às suas necessidades. (MEDEIROS, GOMES, JUNIOR, 2024; HERNÁNDEZ et al., 2022; ROSSI et al., 2022; SANTOS, 2022; GOMES et al., 2022)

Essa fragmentação do atendimento, aliada à falta de capacitação das equipes de saúde, gera lacunas no cuidado, resultando no agravamento de problemas de saúde que poderiam ser prevenidos. Ademais, a saúde mental dessa população é amplamente afetada pela discriminação, pelo estigma e pela exclusão dentro do próprio sistema de saúde. Um dos aspectos mais alarmantes dessa exclusão é o impacto direto na saúde mental dessa população, que sofre com a discriminação, o estigma e a negação de direitos. Como destaca Benevides (2025):

“A discriminação, o preconceito e a exclusão social, somados à violência física e psicológica, geram um profundo impacto na saúde mental dessa população, culminando em altas taxas de suicídio. A cisnormatividade e a heteronormatividade, que regem as relações sociais, impõem padrões de comportamento e identidade que muitas vezes são incompatíveis com a experiência das pessoas trans, intensificando o sofrimento e a exclusão” (BENEVIDES, 2025, p.92)

Isto é, a discriminação e a violência, tanto físicas quanto psicológicas, impacta diretamente na saúde mental das pessoas trans, resultando em altas taxas de suicídio. Além do mais, os padrões de comportamento impostos pela sociedade, como a cisnormatividade e heteronormatividade, aumentam o sofrimento dessa população, pois esses padrões não correspondem à experiência das pessoas trans, intensificando sua exclusão e marginalização.

Em relação a interseccionalidade entre transfobia e racismo, foco central deste trabalho, ainda é pouco aprofundada nas pesquisas disponíveis. Embora alguns estudos reconheçam a marginalização da população trans no SUS e os impactos das normas cisheteropatriarcais e racistas, a maioria não problematiza diretamente a relação entre identidade de gênero e raça. Por exemplo, Rossi et al. (2022) apresenta que um estudo específico diz que “todos os participantes (mulheres e homens trans) destacaram experiências negativas ao se referirem tanto à identidade de gênero quanto à cor de pele preta, evidenciando a intersecção de marcadores sociais de gênero e raça” (Rossi, et al., 2022, p.3-4); no entanto, essa temática não foi explorada durante a pesquisa. A ausência de abordagens interseccionais na literatura científica revela uma lacuna significativa no debate acadêmico, que deveria ser considerada as especificidades da população negra trans no acesso à saúde.

Dessa forma, a análise das pesquisas revela que, embora haja um reconhecimento dos desafios enfrentados pela população trans no SUS, a interseccionalidade entre racismo e transfobia ainda é pouco explorada. Há uma necessidade urgente de ampliar os estudos que

considerem a dupla opressão vivida por pessoas negras, trans e travestis. A formação dos profissionais de saúde, a despatologização das identidades trans e a implementação de medidas que garantam um atendimento digno e respeitoso são fundamentais para garantir o direito à saúde dessa população.

Para compreender as desigualdades no acesso à saúde da população trans negra no SUS, é essencial adotar uma perspectiva interseccional, que considere como diferentes eixos de opressão se sobrepõem e se reforçam. Pois,

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas.(COLLINS, BILGE, 1986, p.16)

Ou seja, em sociedades diversas, marcadas por desigualdades estruturais, as diferentes relações de poder não operam isoladamente, mas se interligam, moldando a forma como indivíduos e grupos vivem e interagem no cotidiano. Dessa forma, a interseccionalidade permite uma visão mais ampla e aprofundada das desigualdades, indo além de explicações simplistas que tratam essas categorias de maneira isolada. Ao reconhecer essa complexidade, a interseccionalidade torna-se um instrumento essencial para compreender as estruturas sociais e propor soluções mais eficazes para a promoção da equidade.

A ausência da interseccionalidade nas pesquisas sobre saúde da população trans é particularmente preocupante, pois invisibiliza uma parcela significativa dessa comunidade que enfrenta opressões múltiplas. A população negra trans e travesti sofre não apenas com a transfobia institucional, mas também com o racismo estrutural, que limita ainda mais suas oportunidades de acesso a serviços de saúde de qualidade. Quando o debate sobre a saúde trans não inclui a questão racial, ignora-se que pessoas negras trans têm experiências distintas de discriminação, que afetam diretamente sua vulnerabilidade social e suas possibilidades de atendimento adequado.

Essa invisibilização reforça desigualdades históricas e impede a formulação de políticas públicas efetivas que possam atender às necessidades específicas dessa população, mas é importante ressaltar que essas políticas precisam de uma fiscalização adequada. Por

exemplo, a interseccionalidade entre racismo e violência trans no SUS pode resultar em um atendimento ainda mais precário para pessoas trans e travestis negras, uma vez que enfrentam tanto a negação de sua identidade de gênero quanto o preconceito racial por parte dos profissionais de saúde. Isso se reflete na falta de acolhimento, no desrespeito ao nome social, no acesso dificultado a tratamentos hormonais e cirúrgicos e na precariedade dos serviços voltados a essas pessoas.

Além disso, a ausência de estudos sobre essa interseccionalidade contribui para a falta de dados concretos, dificultando a implementação de mudanças estruturais dentro do SUS. Por isso, esses estudos demonstram que é essencial que futuras pesquisas incorporem essa perspectiva, considerando as especificidades da população negra trans e os impactos do racismo e da violência trans em sua saúde e bem-estar.

A inclusão da interseccionalidade nas pesquisas e nas políticas públicas de saúde é um passo fundamental para garantir que todas as pessoas trans tenham acesso digno aos serviços do SUS. O reconhecimento da dupla opressão vivida pela população negra trans não apenas amplia a compreensão das desigualdades existentes, mas também possibilita a formulação de ações mais eficazes e justas. Dessa forma, torna-se imprescindível que o debate acadêmico e institucional sobre a saúde trans evolua para um modelo mais inclusivo, que leve em conta todas as dimensões da opressão enfrentada por essa população.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo investigar a interseccionalidade entre racismo e violência contra pessoas trans no Sistema Único de Saúde (SUS), analisando como essas formas de opressão se entrelaçam e dificultam o acesso e a permanência dessa população nos serviços de saúde. O racismo estrutural e institucional se manifestam como barreiras invisíveis, mas profundamente enraizadas no funcionamento das instituições e nas relações sociais, impactando diretamente a qualidade da assistência prestada à população negra e trans.

O racismo estrutural refere-se a um sistema de desigualdades históricas que perpetuam a marginalização da população negra, naturalizando a exclusão e a negação de direitos básicos. No contexto da saúde, isso se traduz na precarização dos serviços oferecidos a essa população. Já o racismo institucional ocorre dentro das próprias instituições, como o SUS, manifestando-se na ausência de diretrizes eficazes para combater discriminações, na falta de políticas públicas efetivas e no despreparo dos profissionais de saúde. Quando é combinado, o racismo com a violência trans, criam um cenário em que pessoas trans negras enfrentam barreiras múltiplas ao buscar atendimento, intensificando sua vulnerabilidade e exclusão.

A análise das Políticas Nacionais de Saúde Integral da População Negra e LGBTQIAPN+ demonstrou avanços importantes na normatização do cuidado, mas também revelou a ausência de ações efetivas que garantam a implementação de uma perspectiva interseccional no cotidiano dos serviços de saúde. Embora essas políticas reconheçam a vulnerabilidade dessas populações, na prática, o SUS ainda falha em garantir um atendimento livre de discriminação e que contemple as especificidades das pessoas trans negras. Um dos entraves identificados está na falta de controle e monitoramento da aplicação dessas diretrizes, o que resulta em uma implementação desigual e limitada para essas pessoas. Sem fiscalização adequada, as políticas acabam se tornando apenas diretrizes formais, sem impacto real na melhoria do atendimento.

A revisão bibliográfica evidenciou que a marginalização da população trans no SUS ocorre de diversas formas, seja falta dessa temática nas universidades, pelo despreparo profissional, pela não utilização do nome social, pelos estigmas e preconceitos reproduzidos dentro do SUS, pela falta de financiamento das políticas ou pela patologização das identidades trans. Além disso, foram identificados desafios estruturais, como a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a ausência de políticas públicas que considerem de forma aprofundada a intersecção entre raça e identidade de gênero. Embora algumas pesquisas reconheçam a exclusão sistemática da população trans no SUS e os

impactos das normas cisheteropatriarcais e racistas, poucas abordam diretamente como a transfobia e o racismo operam conjuntamente na negação de direitos e na precarização do atendimento.

Ao longo do estudo, ficou evidente que a raiz do problema não está apenas nas falhas administrativas, na capacitação dos profissionais ou na ausência de políticas públicas bem estruturadas, mas na própria base racista e cisnormativa da sociedade, que define quais corpos são reconhecidos e legitimados dentro do sistema de saúde. A resistência em garantir um atendimento digno e humanizado para pessoas trans negras não pode ser vista como um problema isolado dos profissionais de saúde, mas como parte de um sistema que perpetua desigualdades e normaliza a exclusão dessa população. Os profissionais, imersos nessa estrutura, acabam reproduzindo estereótipos e discriminações, muitas vezes sem perceber, reforçando barreiras institucionais que dificultam ainda mais o acesso aos serviços de saúde.

Diante desse cenário, torna-se urgente o aprofundamento destas discussões sobre interseccionalidade no SUS, promovendo capacitações contínuas para os profissionais de saúde, a fim de desconstruir visões patologizantes e racistas. Além disso, é fundamental fortalecer políticas públicas que considerem a realidade da população trans negra e implementar estratégias concretas para garantir um atendimento mais humanizado e acessível. Para isso, o controle da implementação das políticas existentes deve ser aprimorado, garantindo que as diretrizes não fiquem restritas ao papel, mas sejam efetivadas em todos os níveis de atenção à saúde. Sem mecanismos de monitoramento e responsabilização, as desigualdades persistem e o acesso pleno a direitos continuará sendo negado.

A saúde é um direito fundamental, e enquanto a interseccionalidade entre racismo e transfobia for negligenciada no SUS, a universalidade e a equidade – princípios fundamentais do sistema – continuarão sendo comprometidas. Portanto, este trabalho reforça a importância de estudos futuros que aprofundem essa interseção e contribuam para a formulação de políticas mais efetivas. A luta por um SUS mais inclusivo não pode se limitar à criação de normas e diretrizes, mas deve envolver mudanças estruturais e culturais que garantam, de fato, a dignidade e o respeito à população trans negra. Apenas por meio de um enfrentamento real das desigualdades históricas será possível construir um sistema de saúde verdadeiramente acessível e equitativo para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Silvio. **“Racismo estrutural”**. In: São Paulo: Ed. Jandaíra (Selo Sueli Carneiro) 2020, p.162.
- ALBERTI, Marcela et al. Análise microetnográfica da (co) produção da transexualidade em um atendimento clínico. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 33, 2021.
- BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras) Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2002, p. (25-58)
- BENTO, Cida. **O Pacto da Branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022, p.7-148.
- BENEVIDES, B. G. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024 / Bruna G. Benevides. ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) – Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2025.
- BERSANI, Humberto. Aportes teóricos e reflexões sobre o racismo estrutural no Brasil. **Revista Extraprensa**, SP, v. 11, n. 2, p. 175-196, 2018.
- BORGERT, Vivian et al. " A gente só quer ser atendida com profissionalismo”: experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, 2023.
- BRASIL. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 15/02/25
- BRASIL. 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, 20 nov. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 15/02/25.
- BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm. Acesso em: 15/02/25.
- BRASIL. Lei nº 7.716, de 5 de Janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17716.htm. Acesso em: 15/02/2025

BRASIL. ADO 26. Relator: Min. Edson Fachin. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/tesesADO26.pdf>. Acesso em: 15/02/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de uso do Sistema SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde: Programa: Processo Transexualizador no SUS Cadastramento de Propostas. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/saips/manuais/manuais-cgae/orientacoes-par-a-habilitacao-processo-trans.pdf>. Acesso em: 15/02/2025.

CAETANO, Clara et al. População LGBT nos serviços odontológicos: nível de informação e capacitação dos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Natal/rn. **Rev. Ciênc. Plur**, Natal, 2024.

CARDOSO, Cláudia Pons. **Outras falas: Feminismos na perspectiva de mulheres negras brasileiras**. 2012. Tese (Doutorado em Estudos de Gênero, Mulher e Feminismo) - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2012.

CAZEIRO, Felipe et al. Processo transexualizador no SUS: questões para a psicologia a partir de itinerários terapêuticos e despatologização. **Psicologia em Estudo**, Maringá - Paraná, v. 27, 2022.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: **Boitempo**, 2021.

CORTES, Helena Moraes et al. Saúde mental de mulheres transgêneras: uma revisão integrativa de literatura/Mental health of transgender women: an integrative literature review. **Journal of Nursing and Health**, RS, v. 12, n. 3, 2022.

CHAUÍ, Marilena. Brasil: Mito fundador e sociedade autoritária. In: **Editora Fundação Perseu Abramo**, São Paulo, 2000.

CLÓVIS, Moura. “Escravidão, Colonialismo, Imperialismo e Racismo”. In: **Afro-Ásia**, Salvador, n.14, 1983

CLÓVIS, Moura. “Da Insurgência Negra ao Escravidão Tardio”. In: **Estudos Econômicos**. São Paulo. V.17. p.37-59. 1987

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, São Paulo, 2020.

CAMPOS, Marcello. **Hoje é dia de branco**: a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado em saúde. 2020. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020.

FERNANDEZ, Ramiro Andres et al. Trans/Travesti/+: PrEP em serviços especializados antes e durante a pandemia de covid-19. **Revista de Saúde Pública**, SP, v. 58, n. suppl 1, 2024.

FILHO, José Bernardes da Silva; NASCIMENTO, Ana Carolina Peixoto; CASTRO, Gustavo Henrique Carvalho. Pacientes Trans e Cuidado Multiprofissional em Centros de Atendimento Psicossocial. **Revista Polis e Psique**, RS, v. 11, n. 3, p. 56-80, 2021

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da Violência 2024**. Brasília, DF: FBSP, IPEA, 2024. p. 64-68. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7868-atlas-violencia-2024-v11.pdf>.

Acessado em: 15/02/2025

GOMES, Ana Carolina Maria da Silva et al. Atendimento na atenção primária à saúde: olhares de pessoas trans. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, 2023.

GOMES, Denildo de Freitas et al. Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

GONZALES, Lélia. “Racismo é seximo na cultura brasileira”. In: **Revista Ciencias Sociais Hoje, Anpocs**, SP, 1984, p. 223-244

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Racismo e anti-racismo no Brasil. **Editora 34**, São Paulo, 2005.

HERNÁNDEZ, Jimena de Garay et al. Saúde de travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro e Região Metropolitana: estratégias e condições de acesso. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 38, 2022.

JESUS, Jaqueline G. **Orientações sobre identidade de gênero** : conceitos e termos. Brasília, [s.n], 2ª ed., 2012.

JESUS, Jaqueline. Transfobia e crimes de ódio: Assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. **História Agora**, São Paulo, v. 16, p. 101-123, 2014.

KILOMBA, Grada. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: **Ed. Cobogó**, 2019, p.126.

LANZ, Letícia; SILVA, Aureliano Lopes da. A existência de mim mesma. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 38, 2022.

LONDERO, Milena; REIS, Ana; MEWES, Emily. Violência contra pessoas trans no Brasil: Como romper com o “cis-tema”? **Perspectivas Sociais**, Pelotas, vol. 10, nº 01, p. 199-221, 2024.

MATTOS, Mario Henrique de; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Itinerários terapêuticos de homens trans em transição de gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, 2021.

MEDEIROS, Matheus Alves; GOMES, Sávio Marcelino; SPINELLI JUNIOR, Vamberto Fernandes. Fatores de estresse e resiliência no acesso e utilização de serviços de saúde por travestis e mulheres transexuais no nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, SP, v. 33, 2024.

MENEZES, Lucas et al. Invisibilização e preconceitos velados: barreiras para o acesso aos serviços de atenção básica pela população trans. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, RJ, v. 19, n. 46, 2024.

MENEZES, Lincoln. Transfobia e racismo: articulação de violências nas vivências de trans, Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, vol. 19, n. 2, Dez. 2018.

Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 50 p.

Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

MORAIS, Andréia Vanessa Carneiro; CORTES, Helena Moraes. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado/Sex reassignment surgery: implications for care. **Journal of Nursing and Health**, RS, v. 10, n. 3, 2020.

MOTA, Maylla et al. “Clara, esta sou eu!” Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, SP, v. 26, 2022.

NORONHA, Diego de Matos; SILVA, Tatiane Motta da Costa e; ENGERS, Patrícia Becker; GRAUP, Suzane. “Política nacional de saúde integral da população negra: percepção de docentes dos cursos da área da saúde”. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 29, p. 19, 2024.

OLIVEIRA, Julia Palmieri de; SPRUNG, Luiza Sviesk. Barreiras para o acesso à saúde pública da população trans no Brasil: uma revisão narrativa. **Femina**, RJ v. 50, n. 9, 2022.

OLIVEIRA, Gilmar. TRANSfobia, RACISMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS E NEGRAS: TRANSgressão NO PENSAR A PARTIR DO ÂMBITO DO SUS, Revista Feminismos, Bahia, vol.8, n.1, Jan. – Abr. 2020.

PEÇANHA, L. M. B. Ensaio sobre transmasculinidades negras: desafios e inquietações. In: SANTANA, B, PEÇANHA, L. M. B., CONCEIÇÃO V. G. **Transmasculinidades Negras: narrativas plurais em primeira pessoa**, 1ª Ed. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, p. 133-140, 2021.

PONTES, Júlia Clara de; SILVA, Cristiane Gonçalves da; NAKAMURA, Eunice. “Crianças” e “Adolescentes” trans. A construção de categorias entre profissionais de saúde. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), p. 112-132, 2020.

PREU, R.D.; BRITO, C.F. Patologização da transexualidade: uma leitura crítica das transformações ocorridas nas três últimas versões do DSM. **Revista Gênero**. Niterói, v.19, n.2, 2019.

PODESTÀ, Lucas Lima de. Ensaio sobre o conceito de transfobia, *Periódicus*, Salvador, n. 11, v. 1, p. 363-380, Mai.-Out. 2019

QUADROS, Alexander de; LEMES, Thaíne Santos, FERNANDES, Morgana Thais Carollo; PAUNGARTNER, Luciana Medeiros. “Racismo institucional: uma revisão integrativa sobre a

saúde da população negra”. **Brazilian Journal of Development**, Paraná, v. 6, n. 1, p.10, 2020.

ROCON, Pablo Cardozo et al. O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores (as) da saúde. **Saúde e Sociedade**, SP, v. 31, 2022.

ROCON, P. C. et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trab Educ Saude**, RJ, 2020.

ROSSI, Thais Aranha et al. Conhecimentos, percepções e itinerários terapêuticos de travestis e mulheres trans no cuidado a infecções sexualmente transmissíveis em Salvador, Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 38, 2022.

SAMORA, Carolina Pena Jardim et al. Mulheres transexuais e a experiência com o SUS: possibilidades e desafios. **J. Health Sci. Inst**, [s.l], p. 267-272, 2021.

SANTOS, Iraneide Nascimento; BLACK, Taciana Lima de Paula; SILVA, Kalina Vanderlei; SANTOS, Carolina da Franca Bandeira Ferreira. et al. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, RJ, v. 34, 2024.

SANTOS, Marcia Cristina Brasil. Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas Trans no SUS entre 1997 e 2008. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, RJ, n. 38, 2022.

SILVA, Rodrigo Aragão da et al. Itinerários terapêuticos da população trans em um município do nordeste brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 37, p. e21207, 2021.

SILVA, Karine de Souza. “A MÃO QUE AFAGA É A MESMA QUE APEDREJA”: DIREITO, IMIGRAÇÃO E A PERPETUAÇÃO DO RACISMO ESTRUTURAL NO BRASIL. **Revista Mbote**, Bahia, v. 1, n. 1, p.20-41, 2020.

SILVA, Maria Aparecida da; LUPPI, Carla Gianna; VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena. Trabalho e saúde na população transexual: fatores associados à inserção no mercado de trabalho no estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, RJ, v. 25, n. 5, p. 1723-1734, 2020.

SHIHADDEH, Nizar Amin; PESSOA, Elisângela Maia; SILVA, Fabiane Ferreira da. A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. **Barbarói**, v. 58, p. 172-194, 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, STF enquadra homofobia e transfobia como crimes de racismo ao reconhecer omissão legislativa, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010#:~:text=O%20Pleatório%20concluiu%20nesta%20quinta,tipificação%20da%20Lei%20do%20Racismo>. Acesso em: 15/02/2025.

THOMAZI, Guilherme Lamperti; AVILA, Simone; TEIXEIRA, Luciana Barcellos. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 38, 2022.

KYRILLOS, Gabriela M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, SC, v. 28, n. 1, p. 12, 2020.