

Fragmentos do cuidado: trajetória da política de saúde nos processos de transição de gênero

Fragments of care: The trajectory of health policy in gender transition processes

Fragmentos del cuidado: trayectoria de la política de salud en los procesos de transición de género

Jéssica da Silva Rodrigues¹, Sydia Rosana de Araújo Oliveira²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011096P

RESUMO O artigo analisa a trajetória da política pública de atenção à saúde de pessoas trans em processos de transição de gênero no Brasil, entre 1997 e 2025. A partir de uma análise documental exploratória, sob a perspectiva dos Estudos de Trajetória, foram identificados registros oficiais do governo federal, normativas, eventos e outros marcos institucionais, a fim de reconstruir as principais fases da política, considerando suas interfaces com o ciclo de políticas públicas. Identificam-se cinco fases distintas: experimental e patologizante; judicialização e institucionalização inicial; expansão e disputa normativa; retrocesso e congelamento; e retomada, com tentativa de reestruturação. O estudo destaca a persistente fragmentação da política, a centralidade do modelo biomédico, a baixa institucionalização de mecanismos do ciclo de políticas públicas e os limites da participação social. Conclui-se que a consolidação da política depende da superação dessas fragilidades e do fortalecimento de estruturas participativas, avaliativas e federativas que garantam a efetividade e continuidade do cuidado integral à população trans no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Serviços de saúde para pessoas transgênero. Procedimentos de afirmação de gênero.

ABSTRACT The article analyzes the trajectory of the public health policy for transgender people undergoing gender transition processes in Brazil, from 1997 to 2025. Based on an exploratory document analysis from a Trajectory Studies perspective, it identifies official federal records, regulations, events, and other institutional milestones to reconstruct the main phases of the policy, considering its relationship with the public policy cycle. Five distinct phases are identified: experimental and pathologizing; judicialization and initial institutionalization; expansion and normative disputes; regression and stagnation; and recent attempt at restructuring. The study highlights the persistent fragmentation of the policy, the dominance of the biomedical model, weak institutionalization of public policy cycle mechanisms, and limited social participation. It concludes that consolidating the policy depends on overcoming these weaknesses and strengthening participatory, evaluative, and federative structures to ensure effective and continuous comprehensive care for the transgender population within Brazil's Unified Health System.

KEYWORDS Health policy. Health services for transgender persons. Gender-affirming procedures.

RESUMEN El artículo analiza la trayectoria de la política pública de atención a la salud de las personas trans en procesos de transición de género en Brasil, entre 1997 y 2025. A partir de un análisis documental exploratorio, desde la perspectiva de los Estudios de Trayectoria, se identificaron registros oficiales del gobierno federal, normativas, eventos y otros hitos institucionales con el fin de reconstruir las principales fases de la política, considerando sus interfaces con el ciclo de las políticas públicas. Se identifican cinco fases diferenciadas: experimental y patologizante; judicialización e institucionalización inicial; expansión y disputa normativa; retroceso y congelamiento; y reanudación, con intento de reestructuración. El estudio destaca la persistente fragmentación de la política, la centralidad del modelo biomédico, la débil institucionalización de los mecanismos del ciclo de políticas públicas y las limitaciones de la participación social. Se concluye que la consolidación de la política depende de la superación de estas fragilidades y del fortalecimiento de estructuras participativas, evaluativas y federativas que garanticen la efectividad y la continuidad de la atención integral a la población trans en el Sistema Único de Salud.

PALABRAS CLAVE Política de salud. Servicios de salud para las personas transgénero. Procedimientos de afirmación de género.

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
jrodrigues.bms@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas da sociedade brasileira. Ao longo das últimas décadas, consolidou-se como política pública fundamental da seguridade social. Ele articula diretrizes, programas e ações entre os três níveis de governo para estruturar e executar serviços de saúde, com enfoque na ampliação do acesso e na redução das desigualdades, especialmente entre populações vulneráveis¹.

O princípio da equidade, que busca garantir o acesso justo e adequado aos serviços de saúde, é um dos fundamentos do SUS. No entanto, o sistema ainda apresenta ineficiências para populações marginalizadas e excluídas socialmente¹. A atenção à saúde de pessoas com identidades de gênero dissidentes, como travestis e transexuais, é marcada pela centralidade no cuidado especializado, práticas fragmentadas, violações de direitos e despreparo dos serviços².

No SUS, pessoas trans enfrentam obstáculos, como o acolhimento inadequado, a descontinuidade no cuidado e a baixa capacidade de resposta às suas demandas específicas, além da violência simbólica presente no cotidiano das unidades de saúde, que se manifesta por meio de discriminação, não reconhecimento do nome social, negligência, atitudes transfóbicas e violência institucional²⁻⁴. Somado a isso, os sistemas de informação não estão preparados para lidar com as identidades trans, o que resulta em invisibilidade institucional⁵.

Os processos de transição de gênero são vivenciados de diferentes formas pelas pessoas trans, e o desejo de passar ou não por modificações corporais é individual. Esses processos, quando mediados por serviços de saúde, demandam a atenção de profissionais e podem envolver cuidados em saúde mental, endocrinológicos, fonoaudiológicos, cirúrgicos, entre outros, a depender da demanda apresentada. Entretanto, a saúde historicamente buscou encapsular as identidades trans em definições patologizantes e aplicar tecnologias

biomédicas aos corpos dissidentes de gênero sob uma perspectiva curativa⁶⁻⁹.

Desde a década de 1920, há registros de cirurgias de readequação genital em mulheres trans, embora os relatos mais sistematizados e documentados remontem à década de 1950^{10,11}. No Brasil, o primeiro registro conhecido ocorreu em 1971, no caso emblemático de Waldirene, mulher trans submetida à cirurgia pelo médico Roberto Farina. O procedimento desencadeou processo criminal e disciplinar, mas, posteriormente, Farina foi reintegrado ao exercício da medicina^{10,12}.

Apenas em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou sua primeira resolução autorizando a realização desses procedimentos. Desde então, a atuação de movimentos sociais, decisões judiciais e articulações institucionais levaram o Ministério da Saúde (MS) a implementar ações voltadas ao cuidado em saúde no contexto da transição de gênero, culminando, em 2008, na instituição do Processo Transexualizador no SUS¹³. Desde a sua criação, a política passou por mudanças normativas e institucionais importantes, refletindo disputas políticas e técnicas em torno do direito à saúde dessa população^{14,15}.

Nesse sentido, este artigo objetiva descrever e analisar a trajetória da política pública de atenção à saúde de pessoas trans em processos de transição de gênero no Brasil, entre 1997 e 2025, identificando suas diferentes fases de desenvolvimento e os elementos correspondentes às etapas do ciclo de políticas públicas.

Material e métodos

Trata-se de uma análise documental exploratória, baseada no mapeamento de marcos institucionais nacionais entre 1997 e 2025. A seleção dos documentos seguiu uma estratégia em três etapas: inicialmente, foram identificadas as portarias do MS, incluindo habilitações de serviços, resoluções do CFM e outras normativas federais relacionadas (n = 63); em seguida, foram reunidas publicações

do MS, como livros, cartilhas e campanhas, que evidenciavam os processos de afirmação de gênero (n = 7); por fim, foram analisadas produções acadêmicas voltadas à construção e ao desenvolvimento da política, cujos conteúdos auxiliaram na identificação de outros marcos

relevantes descritos em produções sociais, como eventos, cartas públicas e registros de debates (n = 15). A seleção, conforme o *quadro 1*, foi realizada por uma das autoras do artigo, com experiência de trabalho na temática em âmbito federal.

Quadro 1. Relação de documentos analisados para o mapeamento da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no Brasil (1997-2025)

Tipo	Documentos
Normativas federais (63)	Res. CFM nº 1482/1997; Res. CFM nº 1.652/2002; Programa 'Brasil sem Homofobia' (2004); Portaria GM/MS nº 2.227/2004; Organograma MS (2006); Portaria GM/MS nº 1.707/2008; Portaria SAS/MS nº 457/2008; Portaria GM/MS nº 1.820/2009; Res. CFM nº 1.955/2010; Portaria GM/MS nº 2.836/2011; Portaria GM/MS nº 2.837/2011; Portaria SAS/MS nº 859/2013; Portaria GM/MS nº 1.579/2013; Portaria GM/MS nº 2.803/2013; Parecer CFM nº 8/2013; Portaria GM/MS nº 807/2017; Portarias de Consolidação GM/MS nº 2 e nº 6/2017; Res. CFM nº 2.265/2019; Portaria GM/MS nº 1.370/2019; Organograma MS (2019); Portaria GM/MS nº 4.700/2022; Portaria Saes/MS nº 841/2023; Portaria GM/MS nº 3.006/2024; Res. CFM nº 2.427/2025; e 38 Portarias de habilitação de serviços no Processo Transexualizador (2014-2025).
Publicações do MS (7)	Cartaz 'Nome Social no SUS' (2013); Relatório do I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT (2015); Livro 'Transexualidade e Travestilidade na Saúde' (2015); Campanha 'Cuidar bem da saúde de cada um' (2016); Manual de uso do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - Programa 'Processo Transexualizador no SUS' (2023); Apresentação de Pactuação do Paes-PopTrans na CIT (2024); Evento nacional de apresentação do Paes-PopTrans (2024).
Produções acadêmicas e sociais (15)	Carta da I Jornada Nacional Transexualidade e Saúde (Arán M, Delgado PG, Koff W, et al., 2005); Artigo 'Transexualidade e saúde pública no Brasil' (Arán M, Murta D, Lionço T, 2009); Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil (Arán M, Murta D, 2008); Artigo 'Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios' (Lionço T, 2009); Carta aberta 'Avaliação do seminário sobre Processo Transexualizador no SUS: contra a patologização das identidades trans' (Santos AS, Barros AF, Guimarães A, et al., 2012); Resenha '(Re)encontrando Berenice Bento: uma década de afetações' (Teixeira FB, 2016); 'Carta-desabafo' em 'Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos' (Bento B, 2017); Artigo 'Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT' (Sena AGN, Souto KMB, 2017); Tese 'Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil' (Santos MCB, 2020); Artigo 'Direito e padronização de corpos: uma análise crítica de julgados brasileiros sobre a transição do corpo trans' (Azevedo TAG, 2021); Artigo 'Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas Trans no SUS entre 1997 e 2008' (Santos MCB, 2022); Artigo 'A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos' (Ferreira BO, Nascimento MS, 2022); Artigo 'Entre o território e a gestão: construindo pontes na elaboração do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans' (Teixeira FB, Rodrigues JS, Cavadinha ET, et al., 2025); Posicionamento conjunto sobre a Resolução do Conselho Federal de Medicina 2.427/2025 (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e outras associações profissionais, 2025); Nota coletiva sobre a nova resolução do CFM referente ao atendimento de pessoas trans (Associação Brasileira de Antropologia e outras associações signatárias, 2025); Nota sobre a Resolução do CFM nº 2.427/2025 (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2025).

Fonte: elaboração própria.

A partir dos 85 documentos selecionados, foi desenvolvida uma linha do tempo completa da trajetória da intervenção, que os agrupa em 43 marcos institucionais relevantes, considerando a centralidade do governo federal na formulação e regulação da política. Com base nesse mapeamento, foi possível distinguir diferentes fases da intervenção, e os marcos foram sintetizados em 24 itens, relacionando-os às etapas do ciclo de políticas públicas e suas implicações institucionais.

A análise foi orientada pelos Estudos de Trajetória, articulada ao ciclo de políticas públicas, permitindo compreender a política como um processo dinâmico, marcado por normativas, disputas institucionais e contextos político-sociais^{16,17}. A reconstrução histórica da política buscou identificar e analisar suas diferentes fases, considerando as etapas do ciclo: 1) formação da agenda; 2) formulação de alternativas; 3) análise de vantagens e desvantagens; 4) tomada de decisão; 5) implementação; e 6) avaliação¹⁸.

Para ilustrar essa categorização, consideraram-se as portarias de instituição e reformulação da intervenção como etapas de tomada

de decisão, enquanto os eventos de discussão do programa foram relacionados à formulação e análise das alternativas.

Embora o ciclo de políticas públicas simplifique a complexidade da realidade, é uma ferramenta útil para compreender os processos decisórios que envolvem formulação, implementação e avaliação de políticas¹⁸.

Resultados e discussão

A trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero revelou-se marcada por avanços importantes, bem como por episódios de ruptura, descontinuidades e disputas institucionais. Ao dialogar com a abordagem do ciclo de políticas públicas, buscou-se ir além da descrição das fases, examinando criticamente como os processos de formação da agenda, formulação, implementação e avaliação se desenvolveram ou foram interrompidos em cada período, revelando as razões subjacentes à fragmentação e intermitência que marcaram sua trajetória. O *quadro 2* sintetiza os principais resultados dessa análise.

Quadro 2. Síntese da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no Brasil (1997-2025)

Fase	Etapas do ciclo de políticas públicas	Principais marcos	Implicações políticas e institucionais	Avanços e limites identificados
I. Experimental e de patologização (1997-2001)	Formação de agenda: parcial; Formulação de alternativas: mínima.	1) Resolução CFM nº 1.482/1997.	Questionamentos éticos e jurídicos; Ausência de base normativa consolidada; Início de cirurgias em caráter experimental; Criação de serviços hospitalares vinculados a pesquisas; Forte caráter patologizante (CID-10); Serviços com autonomia e pouca regulação.	A agenda foi impulsionada por pressões médico-institucionais, não por demandas sociais; Não houve formulação participativa; Política restrita à autorização de cirurgias com base psiquiátrica.

Quadro 2. Síntese da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no Brasil (1997-2025)

Fase	Etapas do ciclo de políticas públicas	Principais marcos	Implicações políticas e institucionais	Avanços e limites identificados
II. Judicialização e institucionalização inicial (2001-2008)	Formação da agenda: ampliada; Formulação de alternativas: debates intensos, mas ausência de sistematização; Avaliação das alternativas: inexistente ou não sistematizada; Tomada de decisão: publicação de portarias.	2) Ação civil pública do MPF/RS (2001); 3) Resolução CFM nº 1.652/2002; 4) Programa Brasil sem Homofobia (2004); 5) Criação do Comitê Técnico Saúde GLTB (2004); 6) Oficinas e eventos técnicos nacionais; 7) Portarias GM/MS nº 1.707 e SAS/MS nº 457 (2008); 8) Habilitação de 4 serviços.	Judicialização como catalisador para institucionalização; Surgimento do conceito de “Processo Transexualizador”; Participação de movimentos sociais e pesquisadores; Primeira normatização do programa no SUS.	Inclusão da população trans em espaços institucionais; Maior participação social via SGEP/MS; Formulação pouco estruturada e sem mecanismos claros de análise de alternativas.
III. Expansão e disputa normativa (2008-2016)	Implementação: parcial e desigual; Formulação de alternativas: revisada, porém conflituosa; Avaliação das alternativas: inexistente ou não sistematizada; Tomada de decisão: conflituosa (duas portarias de revisão); Avaliação da política: inexistente.	9) Revisão do programa: Portaria SAS/MS nº 859/2013; 10) Reação e suspensão da portaria; 11) Nova revisão: Portaria GM/MS nº 2.803/2013; 12) Ampliação do público-alvo e serviços; 13) Campanhas, publicação de materiais e eventos; 14) Habilitação de novos serviços: 1 hospitalar e 4 ambulatoriais.	Conflitos internos entre setores técnicos do MS; Participação social tensionada; Início da expansão dos serviços habilitados; Redefinição parcial do modelo de cuidado; Limites da despatologização institucional.	Habilitação de serviços no SUS, mas sob forte tensão institucional; Revisão normativa sem avaliação prévia; Ausência de protocolos de monitoramento e avaliação.
IV. Retrocesso e congelamento (2016-2022)	Implementação: localizada e desigual; Avaliação da política: inexistente.	15) Impeachment em 2016; 16) Extinção da SGEP/MS (2019); 17) Redução de ações ministeriais; 18) Resolução CFM nº 2.265/2019; 19) Inclusão de novos procedimentos exclusivamente via judicialização; 20) Até 2018, habilitação de novos serviços: 3 ambulatoriais.	Descontinuidade institucional; Avanços parciais alcançados apenas por decisão judicial; Não habilitação de novos serviços entre 2019 e 2022; Distanciamento da participação social; Manutenção da política com estrutura fragilizada.	Estagnação federal; Expansão local sem apoio central; Ausência total de avaliação institucional da política.
V. Retomada e tentativa de reestruturação (2023-2025)	Implementação: retomada; Formulação e avaliação das alternativas: debate ampliado com GT e sistematização com a AIR; Tomada de decisão: suspensão. Avaliação da política: incipiente.	21) Criação do GT e proposta do Paes-PopTrans (2024); 22) Apresentação pública e pactuação na CIT; 23) Resolução CFM nº 2.427/2025 (retrocesso); 24) Habilitação de novos serviços: 8 hospitalares e 24 ambulatoriais.	Retomada das políticas de equidade; Tentativa de superação das limitações do modelo original da política; Novo desenho institucional não implementado pelo MS; Reação conservadora e embate normativo com o CFM.	Reativação da política com habilitação de serviços e desburocratização desse processo; Tentativa de reestruturação, com pactuação federativa; Uso da AIR para formulação e avaliação de alternativas; Estrutura avaliativa incipiente.

Fonte: elaboração própria.

A seguir, será apresentado o detalhamento dos resultados encontrados, considerando as cinco fases identificadas da trajetória do programa.

Fase I: experimental e de patologização (1997-2001)

A trajetória da política de atenção à saúde de pessoas trans no Brasil está inserida em um contexto mais amplo de lutas históricas dos movimentos sociais por reconhecimento de identidades e garantia de direitos. Ainda que permeada por conquistas e retrocessos, essa mobilização foi fundamental para pressionar instituições e produzir mudanças no campo da saúde^{19,20}.

Como recorte analítico, adotou-se a atuação institucional em nível nacional; assim, considera-se a Resolução CFM nº 1.482/1997 como marco inicial da trajetória. Apesar de não se configurar como uma política pública, a normativa refletia o predomínio de uma lógica biomédica e patologizante, que influenciaria os contornos da intervenção posteriormente implementada no SUS.

Ainda que as tecnologias biomédicas envolvidas nos processos de transição de gênero, como hormonioterapia e cirurgias de readequação genital, estivessem disponíveis no cenário internacional desde meados do século XX, o Brasil permaneceu, por décadas, sem regulação pública sobre o tema. Esse vazio normativo gerou situações emblemáticas, por vezes traumáticas, marcadas por judicialização contra médicos e denúncias de práticas abusivas^{10,11,21}.

A falta de consenso jurídico sobre a licitude das cirurgias motivou a publicação da Resolução CFM nº 1.482/1997. Alinhada à Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), que classificava a transexualidade como transtorno mental, a normativa autorizava os procedimentos em caráter experimental e visava, sobretudo, mais resguardar legalmente a atuação médica do que responder às demandas da população trans^{20,21}.

A partir dessa resolução, alguns hospitais estruturaram serviços vinculados a protocolos de pesquisa. No documento ‘Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil’, foram identificados ao menos seis desses serviços entre 1997 e 2003, embora relatos indiquem a existência de outros atendimentos não regulamentados, marcados por opacidade institucional e fragilidade ética. O papel dos usuários, que deveria ser central na definição de prioridades, foi sistematicamente marginalizado. Conforme relatado por Bento²², as pessoas trans foram submetidas a processos de violência simbólica e epistemológica dentro dos serviços, muitas vezes forçadas a adequar suas vivências aos modelos diagnósticos binários e heteronormativos impostos pelos protocolos clínicos.

Observa-se que, na etapa de formação da agenda, o reconhecimento das demandas de saúde da população trans ocorreu de forma tardia e inicialmente mediada por uma lógica estritamente biomédica e patologizadora. A centralidade em protocolos de pesquisa e no ‘experimentalismo médico’ teve implicações diretas e profundas para a experiência do usuário. A ausência de uma política pública formal e a falta de diretrizes nacionais resultaram em abordagens despadronizadas, minando a confiança e a segurança de pessoas trans em busca de cuidado²¹.

Fase II: judicialização e institucionalização inicial (2001-2008)

Após a publicação da Resolução nº 1.482/1997 pelo CFM, o Ministério Público Federal (MPF) iniciou, em 2001, uma Ação Civil Pública a fim de incluir as cirurgias de readequação genital no SUS. Esse processo perdurou até 2007, quando foi proferida decisão favorável, determinando que o SUS passasse a custear cirurgias de transgenitalização²³.

Em 2002, o CFM editou a Resolução nº 1.652, em que extinguiu o caráter experimental das

cirurgias em mulheres trans, mas o manteve para procedimentos em homens trans. Essa resolução ainda utilizou definições patologizantes e universalizantes das identidades trans²⁴.

Em 2004, no contexto de avanços democráticos e mobilização da sociedade civil pelos direitos da população de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB – sigla utilizada à época), o governo federal criou o programa ‘Brasil sem Homofobia’. Apesar de seu caráter inovador e incentivo à inclusão nas políticas de trabalho, educação e saúde, o programa enfrentou limitações, como a falta de mecanismos de execução²⁵.

Como parte desse programa, o MS instituiu, em 2004, o Comitê Técnico para a formulação da política de saúde GLTB, com participação de movimentos sociais. Sua função foi assessorar a elaboração de diretrizes e estratégias, apoiar a formação profissional e o monitoramento das ações no SUS. A criação desse comitê foi importante para a abertura institucional à participação social na formulação de políticas. Em paralelo, movimentos sociais, pesquisadores, profissionais de saúde e operadores do direito se organizaram em redes para incluir a atenção à saúde das pessoas trans no SUS^{13,25}.

A etapa de formulação da política foi marcada por um conjunto de eventos intersetoriais realizados entre 2005 e 2008, que consolidaram o debate sobre a inclusão das pessoas trans na agenda do SUS. Apesar da expansão significativa das discussões nesse período, não foram encontrados, nesta pesquisa, registros técnicos que indiquem uma sistematização formal da formulação de alternativas.

Os principais avanços observados nesse momento referem-se à desestabilização da hegemonia do discurso biomédico e à incorporação de aportes teóricos das ciências sociais e da saúde coletiva. Destacaram-se as contribuições de pesquisadoras como Bento²², Teixeira²⁶ e Arán, Murta e Lionço^{20,27}, que introduziram fundamentos críticos essenciais à formulação da política. Entre eles, a defesa do direito à autoidentificação de gênero, o reconhecimento da pluralidade das vivências

trans e a ênfase na inclusão das pessoas trans nos espaços deliberativos²¹.

Em 2005, foi realizada a Jornada Nacional ‘Transsexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil’, que resultou em uma carta de recomendações, visando implantar ações de saúde para a população trans no SUS.

Em 2006, o Comitê Técnico de Saúde GLTB realizou a reunião ‘Processo Transexualizador no SUS’, marco na oficialização do uso desse termo. A iniciativa buscou romper com a centralidade em cirurgias e promover o reconhecimento da pluralidade das identidades trans e da autonomia sobre seus corpos. Essas discussões influenciaram o Seminário ‘Saúde da População GLBT na Construção do SUS’, realizado em 2007¹³. No mesmo ano, o MS realizou a oficina ‘Processo Transexualizador no SUS’, a fim de discutir a implantação da política²⁸.

Na esteira da pressão social e da judicialização do tema, o MS foi impelido a instituir o Processo Transexualizador no SUS, por meio das Portarias GM/MS nº 1.707 e SAS/MS nº 457, de 2008. Em termos de definições e dos tipos de intervenções no processo de transição de gênero, a política era muito similar às resoluções do CFM. Portanto, permaneceram resquícios da lógica patologizante, como a exigência de laudos psiquiátricos e a regulação sobre os corpos e subjetividades^{21,24}.

Durante a formulação e implementação da política, houve dissensos persistentes no MS, especialmente entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). Enquanto a SAS/MS concentrava-se na dimensão técnico-operacional da política, responsável por normatizar a habilitação, padronizar procedimentos e gerir sistemas de informação, a SGEP/MS atuava sob uma perspectiva de participação social, sendo a porta de entrada das demandas dos movimentos sociais. No entanto, sua atuação era limitada pela ausência de orçamento nas políticas de equidade e dificuldade em concretizar as pautas debatidas. Nesse contexto, a SGEP/MS promovia espaços participativos, bem como transferia a

responsabilidade das falhas para outras áreas, especialmente a SAS/MS²¹.

Essa divisão de competências dificultou a articulação entre diretrizes políticas e ações concretas. Com isso, avanços como a ampliação de serviços, a revisão de protocolos clínicos e a despatologização da atenção foram incorporados de forma fragmentada, o que dificultou a consolidação de uma política integral e sensível à diversidade de experiências trans e às desigualdades regionais. A fragmentação de competências e de implementação da intervenção poderia ser superada por meio de mecanismos de gestão compartilhada e participativa, definição formal de papéis institucionais e estruturação lógica da política, com objetivos, metas e indicadores para o monitoramento e a avaliação.

Fase III: expansão e disputa normativa (2008-2016)

A tomada de decisão foi formalizada em 2008, instituindo a política que, em seu formato inicial, previa o atendimento apenas a mulheres transexuais de 21 a 75 anos. A portaria ministerial estabeleceu normas de habilitação, diretrizes clínicas e atribuições de gestores, além de criar procedimentos para registro e financiamento no SUS. Quatro serviços foram habilitados em hospitais de ensino, com os recursos vinculados exclusivamente aos registros nos sistemas de informação.

As portarias de 2008 apresentaram contradições importantes. Embora reconhecessem a singularidade das experiências trans, mantiveram definições patologizantes da CID-10 e vincularam o cuidado clínico e a hormonização à realização das cirurgias de readequação genital, tratadas como desfecho obrigatório do processo de transição^{24,29}.

Por sua vez, a Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários do SUS, publicada em 2009, garantiu às pessoas trans o direito de serem identificadas pelo nome social no SUS, além de assegurar o atendimento livre de discriminação. Em 2013, esse reconhecimento foi ampliado

com o lançamento do cartaz 'Nome Social no SUS', uma campanha da SGE/MS voltada à sensibilização dos profissionais e à promoção do respeito à identidade de pessoas trans.

Em 2010, foi publicada a Resolução CFM nº 1.955, pouquíssimo alterada em relação à normativa de 2002. Prevaleceram as concepções patologizantes, assim como o alinhamento à CID-10. A resolução inovou ao retirar o caráter experimental de algumas cirurgias em homens trans e eliminar a exigência de vínculo com instituição de ensino^{24,29}.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pela SGE/MS em 2011, representou um avanço ao reconhecer as demandas de saúde da população trans para além da cirurgia de readequação genital. No entanto, não definiu como o Processo Transsexualizador seria integrado às suas ações, possivelmente devido às divisões institucionais com a SAS/MS.

Apesar dessas limitações, a PNSI-LGBT impulsionou ações relevantes, como o Seminário 'Processo Transsexualizador no SUS' em 2012, que evidenciou disputas em torno do modelo de atenção. O episódio foi marcado por divergências entre os participantes, exclusão das pessoas trans em processos decisórios e críticas à manutenção do modelo patologizante e à baixa participação da SAS/MS no evento, por meio de uma 'Carta Aberta' de avaliação do Seminário¹⁴.

A pesquisadora Berenice Bento³⁰ qualificou o episódio como uma patologização negociada, ao criticar a ausência de compromisso com a despatologização, mesmo quando se propunha a ampliação do programa para homens trans. Bento também destacou o papel de Fernanda Benvenutti, primeira pessoa trans com assento no Conselho Nacional de Saúde, que confrontou o enquadramento da transexualidade e travestilidade como transtornos mentais e criticou a omissão do Estado diante das demandas históricas dessa população.

Desde o início, a política foi marcada por tensões entre setores. Movimentos sociais,

profissionais críticos e pesquisadores defendiam uma abordagem integral e baseada na autodeterminação, enquanto setores biomédicos buscavam reconhecimento técnico e institucional. Nesse cenário, o MS oscilava entre mediação e centralização, muitas vezes limitando a participação social²¹.

A partir de 2012, iniciou-se um processo de revisão da política. Segundo Santos²¹, após a publicação da PNSI-LGBT, a SGEP/MS passou a tratar a revisão do Processo Transexualizador como prioridade, embora os dados analisados no presente estudo não indiquem a existência de etapas avaliativas sistematizadas.

Em julho de 2013, a Portaria SAS/MS nº 859 propôs ampliar o Processo Transexualizador, incorporando a atenção básica e ampliando o público e as faixas etárias atendidas. No entanto, foi suspensa sob alegação de necessidade de novos protocolos, embora um Grupo de Trabalho (GT) já atuasse desde 2012 na revisão da política, com minuta pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)^{24,28}.

A Portaria GM/MS nº 2.803, publicada em novembro de 2013, retomou o processo com poucas mudanças: restabeleceu limites etários mais restritivos, incluiu travestis e homens trans nos serviços e autorizou novas cirurgias. Ainda assim, não incorporou diretrizes clínicas nem definiu metas ou incentivos à expansão, mantendo fragilidades no desenho da política^{24,29}.

A suspensão da norma de julho sinalizou mais uma disputa político-institucional do que uma questão técnica. Mesmo com avanços, a normativa manteve dispositivos patologizantes e submeteu as identidades trans à validação médica. Ainda assim, marcou o início da tímida expansão dos serviços e maior visibilidade do programa, embora com implantação desigual entre regiões^{21,24,31,32}.

Entre 2013 e 2016, a SGEP/MS promoveu ações voltadas ao fortalecimento da PNSI-LGBT e da atenção à saúde trans. Em 2013, o 'I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT' destacou, como principal desafio no campo da saúde trans, a ampliação da rede de

serviços. Em 2014, foi realizado o seminário 'Transexualidade e Travestilidade no SUS', voltado ao monitoramento da política e ao debate sobre seus impasses nos territórios²⁸. Em 2015, foi publicado o livro 'Transexualidade e Travestilidade na Saúde', reunindo contribuições de pessoas trans, profissionais, pesquisadores e gestores.

Em 2016, a SGEP/MS lançou a campanha 'Cuidar bem da saúde de cada um: faz bem para todos', com enfoque na divulgação do Processo Transexualizador e da PNSI-LGBT.

A dinâmica de conflitos normativos e desarticulação teve um impacto direto na qualidade e na equidade da atenção. A ausência de avaliação estruturada comprometeu a capacidade de retroalimentação do ciclo de políticas, resultando em decisões que, embora ampliassem o público-alvo e os serviços habilitados, mantinham dispositivos patologizantes e não incorporavam protocolos clínicos inclusivos ou incentivos à expansão, perpetuando barreiras de acesso e falhas no desenho da política. Consequentemente, a implementação foi desigual entre as regiões, com a qualidade do cuidado variando significativamente, e a política não conseguiu superar a centralidade cirúrgica e a validação médica, o que gerou frustrações e desconfiança entre os usuários. As fragilidades de implementação poderiam ser atenuadas por meio de articulação inter-setorial, conectando saúde a políticas de educação, direitos humanos, trabalho, assistência social e segurança pública. Essa integração fortaleceria a perspectiva de integralidade, enfrentando determinantes sociais que afetam a população trans. Contudo, os documentos analisados mostram que a esfera federal avançou pouco nessa direção, limitando-se a ações pontuais e sem institucionalizar a cooperação entre os setores.

Fase IV: retrocesso e congelamento (2016-2022)

A ruptura institucional provocada pelo *impeachment* em 2016 resultou em mudanças na

estrutura do MS. Em 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 807, retirando da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade a responsabilidade pela regulação dos procedimentos cirúrgicos do Processo Transexualizador. Apesar da baixa prioridade institucional, em 2018, o MS habilitou três novos ambulatorios no Processo Transexualizador, totalizando 12 serviços no País.

Em 2019, o CFM publicou a Resolução nº 2.265, rompendo com o modelo normativo anterior, historicamente pautado por textos patologizantes e voltados à proteção legal do ato médico³³. A nova resolução apresentou diretrizes clínicas detalhadas e alinhadas à CID-11, ainda não vigente à época, adotando o termo ‘incongruência de gênero’ como avanço no processo de despatologização.

Entre os principais pontos, a norma autorizou o bloqueio hormonal a partir do estágio puberal Tanner II, a hormonização cruzada a partir dos 16 anos e as cirurgias de afirmação de gênero a partir dos 18 anos. O texto foi elaborado com a participação de representantes do MS, de conselhos profissionais e de movimentos sociais, configurando um avanço técnico e político.

Entre 2019 e 2022, o governo federal se afastou das pautas de inclusão social. No MS, a SGEP foi extinta, e o Processo Transexualizador permaneceu sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes/MS). Nesse período, a política passou por um momento de congelamento. As pequenas mudanças e portarias publicadas foram consequência de decisões judiciais, como a inclusão de procedimentos de readequação genital para homens trans.

Embora a gestão federal não tenha promovido avanços, iniciativas subnacionais ganharam protagonismo, com estados e municípios assumindo a dianteira por meio de normatizações e incentivos locais. Levantamento técnico realizado pela nova gestão do MS em 2023 revelou a existência de mais de 100 serviços em funcionamento no País, organizados e mantidos por iniciativas locais, mas sem habilitação ou financiamento federal¹⁵.

O período de retrocesso e congelamento federal, com o desmonte de estruturas como a SGEP/MS, agravou barreiras de acesso e precarizou o cuidado. A estagnação na habilitação de serviços fez com que a expansão dependesse apenas de esforços locais, sem apoio central, ampliando desigualdades regionais. Sem coordenação e avaliação federais, o SUS falhou em garantir equidade e acesso integral, deixando muitas pessoas trans desassistidas ou reféns de ações isoladas. Essa fase evidenciou a fragilidade da política, ainda dependente de gestões comprometidas com a temática, uma vez que mudanças político-institucionais resultaram em seu congelamento. Para reduzir essa vulnerabilidade, seriam necessárias ferramentas de gestão mais robustas, como garantia legal, previsão orçamentária obrigatória e instâncias intersetoriais permanentes de monitoramento, avaliação e participação social, capazes de assegurar sua continuidade mesmo em contextos de instabilidade.

Fase V: retomada e tentativa de reestruturação (2023-2025)

A partir da retomada das agendas de promoção da equidade em saúde, em 2023, o MS deu andamento às solicitações de habilitação de serviços represadas desde 2019 e promoveu a desburocratização de processos administrativos¹⁵. Até dezembro de 2025, foram publicadas 30 novas portarias de habilitação, totalizando 36 serviços ambulatoriais e 12 hospitalares no País.

Nesse contexto, em 2023, foi publicada a Portaria Saes/MS nº 841, instituindo um GT para revisar o Processo Transexualizador, com o objetivo de aprimorar fluxos assistenciais e propor parâmetros para uma nova política.

Ainda em 2023, em encontro do GT, foram apresentados o relatório preliminar da Análise de Impacto Regulatório (AIR) e a proposta do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (Paes-PopTrans), que previa novos tipos de serviços, ampliação das equipes, habilitação de 153 ambulatorios e 41 serviços cirúrgicos até 2027 e incentivos

financeiros, com investimento estimado em R\$ 443 milhões. Esse programa foi pactuado na CIT em fevereiro de 2024^{15,34}.

Em dezembro de 2024, o MS realizou evento de apresentação do novo programa, em que foram anunciadas as próximas etapas para sua institucionalização¹⁵. Entretanto, até o momento da submissão deste artigo, o Paes-PopTrans não foi implementado.

A efetivação do novo programa enfrenta resistência política, especialmente após a publicação da Resolução CFM nº 2.427, em 2025, que revisa os critérios para o atendimento médico nos processos de transição de gênero. A resolução apresenta retrocessos, como a proibição do uso de bloqueadores hormonais, a elevação da idade mínima para hormonização cruzada e a vedação de procedimentos com ‘potencial esterilizador’ antes dos 21 anos. A norma ainda impõe o cadastro obrigatório dos usuários nos Conselhos de Medicina.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), em conjunto com outras associações médicas, emitiu um posicionamento crítico à resolução, ressaltando as evidências científicas que embasam o uso de bloqueadores hormonais e a hormonização cruzada. Movimentos sociais, associações e conselhos profissionais também criticaram, por meio de posicionamentos e notas coletivas, o caráter restritivo da resolução. As mobilizações surtiram efeito, e a resolução foi suspensa pela justiça, atendendo a pedido do MPF³⁵. No entanto, o embate permanece aberto, com possibilidade de recurso do CFM.

Apesar da retomada das agendas inclusivas e dos esforços para a reestruturação do Processo Transexualizador, o cenário político contemporâneo impõe sérios entraves à consolidação desses avanços. A não instituição do Paes-PopTrans, mesmo após pactuação federativa, sinaliza uma fragilidade na capacidade de traduzir o consenso técnico-político em ação governamental concreta.

A Resolução CFM nº 2.427 exemplifica o conservadorismo vigente ao enfatizar casos de destransição e minimizar evidências sobre as

vulnerabilidades da população trans, reforçar barreiras de acesso, estimular a judicialização e gerar insegurança jurídica. Além disso, pode comprometer a articulação da rede de atenção ao criar conflitos normativos com o MS, dificultando a consolidação de um modelo integral e coeso no SUS.

O enfrentamento da reação conservadora e a continuidade da política dependem da mobilização social e da comunidade científica, do fortalecimento da articulação federativa e do compromisso do governo federal com políticas de equidade baseadas em evidências e nos princípios do SUS. A falta de estratégias avaliativas institucionais fragiliza ainda mais a resposta estatal, tornando urgente a defesa e o monitoramento constante da política de saúde trans.

Este estudo, por ser uma análise exploratória baseada em fontes secundárias, apresenta limitações inerentes a lacunas de registro. A dependência de documentos oficiais pode não capturar a totalidade de processos decisórios internos não formalizados, debates informais ou as nuances das experiências vividas por usuários e profissionais. Essas limitações, no entanto, não invalidam os achados e reforçam a necessidade de futuras pesquisas, com métodos complementares, para uma compreensão mais integral da política.

Considerações finais

A análise da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no SUS, entre 1997 e 2025, permitiu identificar cinco fases distintas, marcadas por avanços normativos, disputas institucionais e forte oscilação entre expansão e retrocesso. A articulação com o ciclo de políticas públicas revelou formulação fragmentada, implementação desigual e ausência de avaliação sistemática.

Na fase I, predominou uma abordagem patologizante e restrita ao campo médico. A fase II foi impulsionada por judicializações e mobilizações sociais, inserindo as demandas

trans na agenda do MS. Na fase III, a política foi formalmente implementada, mas em meio a disputas internas e sem mecanismos de avaliação. A fase IV foi marcada por estagnação federal e dependência de iniciativas locais. Já a fase V, em curso, sinaliza a retomada e a tentativa de reestruturação, embora sob ameaças de retrocesso diante de pressões conservadoras.

Os resultados deste estudo reforçam criticamente a necessidade de superar a fragmentação dessa política, que, historicamente, comprometeu a integralidade e a equidade do cuidado. É fundamental estruturar processos avaliativos robustos e institucionalizados que permitam o monitoramento contínuo, a identificação de barreiras e a tomada de decisão baseada em evidências, garantindo a retroalimentação do ciclo de políticas públicas. Além disso, os achados sublinham a importância de garantir um compromisso institucional com os direitos das pessoas trans, resistindo a pressões que visam patologizar ou restringir o acesso a cuidados essenciais.

Este trabalho contribui para o debate em saúde coletiva e o planejamento estratégico em saúde. Futuras pesquisas devem aprofundar a análise dos fatores políticos, institucionais e sociais que moldam essa trajetória, incluindo as experiências de usuários e profissionais, a implementação em diferentes contextos e as estratégias dos movimentos sociais. Esses estudos são essenciais para consolidar uma política de saúde efetiva, participativa e alinhada aos princípios da equidade e integralidade do SUS.

Contribuições de autoria

Rodrigues JS (0009-0000-5177-2615)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Oliveira SRA (0000-0002-6349-2917)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ■

Referências

1. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 1097 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
2. Lima RRT, Flor TBM, Noro LRA. Revisão sistemática sobre a atenção à saúde para travestis e transexuais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:19. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2023057004693>
3. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023469. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>
4. Jesus MKMR, Moré IAA, Querino RA, et al. Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220369. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220369>
5. Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(10):3815-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>
6. Connell R, Pearse R. Gênero: uma perspectiva global. 3ª ed. São Paulo: nVersos; 2015. 325p.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev Estud Fem*. 2012;20(2):569-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
8. Preciado PB. La invención del género, o el tecno-cordero que devora a los lobos. In: *Conversaciones Feministas: Biopolítica*. Buenos Aires: Ají de Pollo; 2009. p. 15-38.
9. Butler J. Desdiagnosticando o gênero. *Physis*. 2009;19(1):95-126. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100006>
10. Galli RA, Vieira EM, Giami A, et al. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. *Psicol Teor Pesq*. 2013;29(4):447-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000400011>
11. Goddard JC, Vickery RM, Terry TR. Development of feminizing genitoplasty for gender dysphoria. *J Sex Med*. 2007;4(4 Pt 1):981-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00480.x>
12. Rossi A. A história de Waldirene [Internet]. São Paulo: NucleoTrans/Universidade Federal de São Paulo; 2020 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://nucleotrans.unifesp.br/producao-de-conhecimento/materias-jornalisticas/a-historia-waldirene>
13. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. 2009;19(1):43-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>
14. Teixeira F. (Re)encontrando Berenice Bento: uma década de afetações. *Cad Pagu*. 2016;(48). DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201600480018>
15. Teixeira FB, Rodrigues JS, Cavadinha ET, et al. Entre o território e a gestão: construindo pontes na elaboração do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans. *Interface (Botucatu)*. 2025;29:e240520. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240520>
16. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk; 2007. 560 p.
17. Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003. 311 p.
18. Souza C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2003;18(51):15-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092003000100003>
19. Santos MCB. Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas trans no SUS entre 1997 e 2008. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2022;(38):e22303. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22303.a>
20. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(4):1141-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>
21. Santos MCB. Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020 [acesso em 2025 jun 8]. 483 p. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18382>
22. Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. 256 p.
23. Azevedo TAG. Direito e padronização de corpos: uma análise crítica de julgados brasileiros sobre a transição do corpo trans. *Rev Fac Direito UFMG*. 2021;(79):217-43. DOI: <https://doi.org/10.12818/P.0304-2340.2021v79p217>
24. Rodrigues JS. Processo Transexualizador no SUS: análise do acesso aos serviços entre 2008 e 2017 [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso em 2025 jun 8]. 204 p. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/71345>

25. Ferreira BO, Nascimento M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(10):3825-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.06422022>
26. Teixeira FB. Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade [tese na Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009 [acesso em 2025 jul 3]. 243 p. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=497877>
27. Murta D. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011 [acesso em 2025 jul 2]. 107 p. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/4576>
28. Sena AGN, Souto KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2017;11(1):9-28. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1923>
29. Miranda LFP. Desigualdade de acesso ao processo transexualizador no SUS [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023 [acesso em 2025 jul 21]. 219 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/58881>
30. Bento B. *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; 2017. 329 p.
31. Adorno LL, Jesus LS, Araújo MP, et al. The Historical Profile of the National Panorama of the Tran Sexualizing Process in Brazil. *J Health Sci*. 2022;24(4):283-9. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2022v24n4p283-289>
32. Grubba LS. Equidade em saúde para pessoas trans: análise do processo transexualizador brasileiro. *Rev Direito Estado Soc*. 2022;(60):164-89. DOI: <https://doi.org/10.17808/des.0.1238>
33. Sampaio JV. Permanências e rupturas das práticas de regulação da transexualidade no Brasil. *Sanare*. 2023;22(2):86-97. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v22i2.1691>
34. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [data desconhecida]. Apresentação do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAES-PopTrans); 2024 fev 2 [atualizado em 2024 fev 2; acesso em 2025 jul 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interferederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view>
35. Ministério Público Federal (BR) [Internet]. Rio Branco (AC): Procuradoria da República no Acre; [data desconhecida]. Justiça atende pedido do MPF e suspende norma do CFM que restringia atendimento médico a pessoas trans; 2025 jul 25 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/ompf/unidades/pr-ac/noticias/justica-atende-pedido-do-mpf-e-suspende-norma-do-cfm-que-restringia-atendimento-medico-a-pessoas-trans>

Recebido em 03/09/2025

Aprovado em 22/06/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com