



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

ISSN: 1806-1230

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

de Oliveira Ferreira, Breno; dos Santos Pedrosa, José Ivo; Ferreira do Nascimento, Elaine
DIVERSIDADE DE GÊNERO E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 31, núm. 1, 2018, Janeiro-Março, pp. 1-10

Universidade de Fortaleza

Brasil

DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6726>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40854841018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

**DIVERSIDADE DE GÊNERO E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE***Gender diversity and access to the Unified Health System**Diversidad de género y el acceso al Sistema Único de Salud***Breno de Oliveira Ferreira**

Universidade Estadual do Piauí - UESPI - Teresina (PI) - Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa

Universidade Federal do Piauí UFPI - Parnaíba (PI) - Brasil

Elaine Ferreira do Nascimento

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ - Parnaíba (PI) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Apreender as dimensões do acesso e da atenção integral na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da diversidade de gênero. **Métodos:** Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em Unidades Básicas de Saúde vinculadas à rede de Atenção Básica, em Teresina, Piauí, Brasil, da qual participaram (n=19) lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Os dados foram coletados no ano de 2016, através de quatro grupos focais e por meio da questão norteadora “Como vocês gostariam de ver o acesso, a qualidade e o modo de organização das ações e serviços a serem ofertados para a população LGBT?”, e foram analisados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram quatro categorias interpretativas, uma para cada grupo estudado: Atendimento ginecológico às lésbicas; O gay afeminado nos serviços de saúde; Em busca da equidade para as travestis; O nome social para as mulheres transexuais no SUS. As lésbicas informaram que enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde e no atendimento ginecológico; para os gays, o acesso é fragilizado para aqueles afeminados; já para as travestis, a equidade do cuidado, através de ambulatórios específicos, foi apontada como estratégia importante; e, para as mulheres transexuais, o uso do nome social deveria ser incorporado na rotina dos serviços de saúde. **Conclusão:** Há uma emergência no acesso às redes de atenção à saúde integral da população LGBT, com o intuito de promover a inclusão em seus diversos equipamentos sociais, promulgar o respeito e facilitar práticas de equidade.

Descriptores: Minorias Sexuais; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde.**ABSTRACT**

Objective: To understand the dimensions of access to and comprehensive care in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) from the gender diversity perspective. **Methods:** Qualitative exploratory research carried out in Primary Health Care centers of the Primary Health Care network in Teresina, Piauí, Brazil, with (n=19) lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals (LGBT). Data were collected in 2016 through four focus groups and a guiding question: “How would you like to see the access to, the quality and the organization of the actions and services offered to the LGBT population?”. Data underwent content analysis. **Results:** Four interpretative categories emerged, one for each group analyzed: Gynecological care for lesbians; The effeminate gay in the health services; In search of equity for transvestites; The assumed name for transsexual women in SUS. The lesbians said they face barrier to the access to health services and gynecological care; for gays, access is more difficult for those effeminate; for transvestites, the equity of care in specific outpatient clinics was pointed out as an important strategy; and for transsexual women, the use of the assumed name should be incorporated into the routine of health services. **Conclusion:** There is an urgent need for access to comprehensive health care networks by the LGBT people in order to promote their inclusion in the several social spaces, foster respect and facilitate equitable practices.

Descriptors: Sexual Minorities; Health Services Accessibility; Health Care.

Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 10/07/2017**Revisado em:** 04/09/2017**Aceito em:** 30/11/2017

RESUMEN

Objetivo: Aprehender las dimensiones del acceso y de la atención integral de la red del Sistema Único de Salud (SUS) en la perspectiva de la diversidad de género. **Métodos:** Investigación exploratoria de abordaje cualitativo realizada en Unidades Básicas de Salud vinculadas a la red de Atención Básica de Teresina, Piauí, Brasil, en la cual participaron (n=19) lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales (LGBT). Se recogieron los datos en el año de 2016 a través de cuatro grupos focales con la pregunta guía “Cómo a vosotros les gustaría ver el acceso, la calidad y el modo de organización de las acciones y servicios ofrecidos a la población LGBT?” y fueron analizados a través del análisis de contenido. **Resultados:** Emergieron cuatro categorías interpretativas, una para cada grupo estudiado: Atención ginecológica a las lesbianas; El gay amariposado en los servicios de salud; Buscando la equidad para las travestis; El nombre social de las mujeres transexuales en el SUS. Las lesbianas informaron que afrontan barreras para el acceso a los servicios de salud y la atención ginecológica; para los gays el acceso es fragilizado para aquellos que son amariposados; para las travestis la equidad del cuidado a través de ambulatorios específicos ha sido apuntada como estrategia importante; y para las mujeres transexuales el uso del nombre social debería ser incorporado en la rutina de los servicios de salud. **Conclusión:** Hay emergencia para el acceso a las redes de atención a la salud integral de la población LGBT con el objetivo de promocionar la inclusión de sus diversos equipamientos sociales, promulgar el respeto y facilitar las prácticas de la equidad.

Descriptores: Minorías Sexuales; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Prestación de Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

A sexualidade têm sido temática central nos mais diversos debates políticos, biomédicos, sociais e antropológicos. O cerne dessas discussões encontra-se nos processos discriminatórios e de exclusão gerados ao longo da história⁽¹⁾. No campo da saúde não é diferente, sobretudo no que se refere à assistência e acesso aos serviços de saúde⁽²⁾.

Estudos apontam que a população lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual (LGBT) experimenta dificuldades em comunicar-se com os profissionais de saúde, medo em revelar sua identidade de gênero ou orientação sexual, marginalização nas práticas de cuidado em saúde, dentre outras barreiras no acesso aos serviços de saúde^(3,4).

As expressões das sexualidades representadas em grupos de minorias sexuais, ao serem analisadas a partir do conceito de vulnerabilidade em saúde - o qual direciona para um panorama mais reflexivo acerca da saúde coletiva, em que existem preditores de suscetibilidade ao adoecimento - , incluem desde questões epidemiológicas até as modificações para proporcionar inclusão nos serviços de saúde⁽⁵⁾.

O processo de vulnerabilidade em saúde pode elevar a chance de exposição do usuário ao adoecimento por meio de condicionantes individuais, coletivos e contextuais que ocasionam, em maior ou menor grau, suscetibilidade ao adoecer físico e psicológico. O condicionante individual trata-se do grau de informações que os sujeitos geram sobre si e seus processos de adoecimento. Já o condicionante coletivo abrange o acesso aos serviços de saúde e suas adequações para inclusão de usuários. O condicionante social atua como controle social frente às demandas emergentes em saúde e diversidade⁽⁶⁾.

A partir dos pressupostos organizados pelo conceito de vulnerabilidade, nesse estudo, os atores sociais do processo de pesquisa estão representados pelo grupo de minorias sexuais, trazida nesse bojo como a população LGBT. Apoando-se nessa perspectiva de fragilidades no cuidado à saúde dessa população, foi sinalizada a importância de uma política específica para a assistência à saúde. Assim, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT surge como resposta às demandas e especificidades historicamente estigmatizadas, com o intuito de promover equidade e efetivar uma política de Estado na garantia de direitos humanos⁽⁷⁾.

Contudo, apesar de muito empenho na ampliação e discussão da temática, ainda há o que se desmistificar. No que tange à produção científica, há maior prevalência de trabalhos relacionados à população LGBT focalizando as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e AIDS^(2,3,8,9).

Especificamente no que se refere ao acesso, vale destacá-lo como parte essencial para o cuidado da saúde LGBT. O acesso é apontado como condição *sine qua non* na estruturação de qualquer serviço de saúde, desde a entrada formal ou informal nos equipamentos de saúde, passando pela utilização dos serviços, até a finalização das práticas de assistência⁽¹⁰⁾. O acesso não deveria limitar-se apenas à entrada. Por isso, utilizam o conceito de acessibilidade em seu formato mais ampliado, que inclui as diferentes potencialidades dos territórios de saúde, de modo a fomentar adequações com vistas à inclusão dos usuários⁽¹¹⁾.

O acesso da população LGBT ao SUS encontra dificuldades de operacionalização, uma vez que essa população não segue um padrão heteronormativo, e aquilo que os torna “diferentes” pode acabar sendo usado contra eles nos serviços de saúde. Dessa forma, o Estado acaba por incorporar a população LGBT, através da lógica dos serviços que são ofertados, enquanto comunidade de perversos, indesejáveis. Portanto, podem ter o seu direito de acesso à saúde violado^(4,8), naturalizando um “não lugar” no SUS e reproduzindo fragilidades na efetivação do atendimento.

As instituições sociais, como religião ou família, estratificadas na sociedade, também influenciam na sexualidade e, por consequência, nos modos de cuidado em saúde que são realizados pelos profissionais das diferentes áreas do saber em ciências

da saúde⁽¹⁾. Assim, o usuário LGBT pode sofrer discriminações e estigmatizações, traduzidas em barreiras no acesso aos serviços de saúde, que podem influenciar na procura por atendimentos de serviços clandestinos, os quais, pela precariedade de forma generalizada, podem oferecer risco e, sobretudo, elevar os padrões de vulnerabilidade, fatos que sinalizam a importância de aumentar o uso de tecnologias leves na saúde LGBT⁽³⁾, sem desconsiderar as demais.

Segundo pesquisas do Grupo *Gay* da Bahia (GGB), divulgadas no Relatório de Assassinatos de LGBT no Brasil em 2014, o estado do Piauí é um dos locais que mais oferece risco de morte a essa população. Enquanto a população LGBT assassinada no Brasil representa 1,6 de cada um milhão de habitantes, no Piauí, esse risco sobe para 4,1, ficando apenas abaixo da Paraíba, de risco 4,6. A escolha desse cenário na pesquisa em questão esteve relacionada à sua capital, Teresina, representar uma das que oferece grande risco de “LGBTfobia”⁽¹²⁾.

A presente produção também esteve relacionada à pesquisa “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”, coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), em parceria com várias universidades, dentre elas, a Universidade Federal do Piauí (UFPI)⁽¹³⁾.

A inclusão da equidade como política pública de promoção em saúde ressalta as diferenças a partir do direito à cidadania no acesso aos serviços de saúde e imprime o compromisso com os direitos culturais e de pressupostos coletivos⁽⁴⁾.

A diversidade de gênero se expressa na complexidade do contexto de saúde da população LGBT, já que a orientação sexual e a identidade de gênero têm fundamentação na determinação social da saúde, o que justifica a construção de interconexões nas quais podem ocorrer ações de promoção da inclusão social, acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde a fim de combater as iniquidades no Sistema Único de Saúde (SUS)^(3,10).

A partir desse cenário, é intenção compor material reflexivo que possibilite aos profissionais da saúde identificar fatores que podem colaborar no processo de saúde da população LGBT, de maneira a fornecer contribuições para discussões e elaborações de práticas em saúde com enfoque nas necessidades dessa população. O estudo é relevante, pois, se as necessidades do grupo ora investigado forem atendidas, influenciarão diretamente na promoção da saúde individual e, consequentemente, na saúde coletiva.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo apreender as dimensões do acesso e da atenção integral na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da diversidade de gênero.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa⁽¹⁴⁾, a qual facilitou o acesso às opiniões, atitudes e significados presentes nas vivências da população LGBT no SUS. Nesse intuito, a pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde, vinculadas à rede de Atenção Básica⁽¹⁵⁾, localizadas nas regiões norte, sul e leste/sudeste de Teresina, Piauí, Brasil, na qual participaram lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) que utilizam os serviços de saúde. Esses participantes foram mobilizados pela conexão que desenvolvem com membros de Organizações não Governamentais, grupos de ativistas, militantes ou representantes na luta pelos direitos humanos. Assim, 19 pessoas compuseram a amostra, sendo quatro lésbicas, quatro gays, seis travestis e cinco mulheres transexuais, que compreenderam os critérios de inclusão: ser residente na cidade de Teresina há pelo menos um ano; ter tido acesso aos serviços de atenção básica em saúde de média ou alta complexidade; ser maior de dezoito anos. Não participaram os que não se enquadram nessas características. O encerramento da amostra se deu por saturação⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2016 a partir da técnica de grupos focais⁽¹⁶⁾, que possibilitou uma ampla problematização acerca da temática. Assim, realizaram-se quatro grupos focais, um para cada segmento (lésbicas, gays, travestis e mulheres transexuais), em que cada um durou, em média, duas horas. Os grupos tiveram como objetivo identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida por meio da questão norteadora: “Como vocês gostariam de ver o acesso, a qualidade e o modo de organização das ações e serviços a serem ofertados para lésbicas/gays/travestis/transexuais em Teresina?”.

No que tange ao método de análise, elaborou-se um plano seguindo o método de análise de conteúdo⁽¹⁷⁾. Por conseguinte, emergiram quatro categorias interpretativas, uma para cada grupo estudado (lésbicas, gays, travestis e transexuais): Atendimento ginecológico às lésbicas; O gay afeminado nos serviços de saúde; Em busca da equidade para as travestis; O nome social para as mulheres transexuais no SUS.

A presente investigação recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob Parecer nº 652.643. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Estudo Científico. Para manter o anonimato de todos os participantes do presente estudo, as quatro mulheres que se autodenominaram lésbicas foram designadas de L1, L2, L3, L4; os quatro entrevistados que disseram ser gays foram cognominados de G1, G2, G3 e G4; as seis pessoas que informaram ser travestis foram denominados de T1, T2, T3, T4, T5 e T6; e, as cinco mulheres que disseram ser transexuais foram designadas de MT1, MT2, MT3, MT4, MT5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foi elaborada uma síntese interpretativa, em que os dados encontrados pelas narrativas dialogaram com o contexto em saúde da população LGBT. Aqui são apresentadas as análises das quatro categorias temáticas que emergiram do estudo: Atendimento ginecológico às lésbicas; O gay afeminado nos serviços de saúde; Em busca da equidade para as travestis; O nome social para as mulheres transexuais no SUS.

Atendimento ginecológico às lésbicas

Em relação à categoria Atendimento ginecológico às lésbicas, evidenciou-se as fragilidades ocorridas por ocasião da assistência a essas mulheres no atendimento ginecológico. As alterações no corpo feminino (como a menarca, a suspeita de uma gravidez ou a menopausa), são eventos que, desde cedo, levam as mulheres à busca pelo ginecologista. As idas aos serviços são, em sua maioria, induzidas por eventos socialmente reconhecidos que alteram biologicamente o corpo feminino⁽¹⁸⁾.

Essa aproximação pode, na consulta ginecológica, provocar comportamentos ansiogênicos para muitas mulheres. Nas especificidades das lésbicas, essa assistência é ainda mais complexa. O tema lesbiandade encontra-se marginal a todo o processo saúde-doença-cuidado das mulheres lésbicas ou bissexuais, indicando invisibilidade, desconhecimento, preconceitos, estigma e repressão da sexualidade feminina⁽¹⁹⁾, que, de forma implícita ou explícita, denotam modelos normativos de tecnologias em saúde⁽⁴⁾.

A ginecologia, enquanto especialidade do saber nas ciências da saúde, surgiu para dar assistência na preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva durante a passagem do século XIX para o XX. Não obstante, a abordagem meramente reprodutiva excluiu a mulher do direito ao seu próprio corpo e reforça o binômio mãe-reprodutora, colocando-a em posição desprivilegiada e normatizadora⁽²⁰⁾.

Dessa forma, o cuidado à saúde das mulheres ainda se mantém centralizado na lógica biologicista e, com isso, questões relativas à orientação sexual não têm sido incorporadas na rotina ginecológica. Essa lacuna invisibiliza as lesbianidades e suas práticas sexuais, e pode reforçar o padrão heteronormativo no atendimento em saúde, conforme esboça a participante a seguir:

“Quando eu consigo falar com a ginecologista, ela sequer pergunta minha orientação sexual.... se eu sou lésbica, quais são as minhas práticas sexuais, ela me trata como se eu fosse mais uma de suas pacientes que estão lá fora, que têm cinco filhos e que têm uma vida ativa com homem. (L2)”

Em geral, os estudos que abordam a lesbiandade direcionam para o fato de que não são encorajadas, por parte dos profissionais de saúde, a revelação de suas orientações sexuais quando acessam os serviços de saúde⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Percebe-se, assim, que os profissionais de saúde são considerados como uma barreira para a participante do presente estudo no acesso aos serviços de saúde. Essa fragilidade escamoteia um atendimento de confiança e, por sua vez, produz ainda mais exclusão e violência simbólica, diferentemente do que as políticas públicas de atenção à saúde da mulher preconizam^(17,18). Em sua fala, L1 destacou essa vivência:

“Na primeira vez que eu fui atendida pelo SUS, me senti violentada na realidade. Eu me senti dessa forma que eu estou falando: violentada. Não me perguntaram nada. Simplesmente fizeram o exame em mim, chorei tanto que fiquei com trauma. (L1)

A narrativa de L1 mostrou o quanto os serviços de saúde podem estar distantes de acolher e promover vínculos com as usuárias lésbicas ou bissexuais. Destaca-se em estudos^(19,20) a necessidade da assistência ginecológica promover estratégias de cuidado penitentes à relação saúde-doença das lesbianidades. Ocorre que as tecnologias leves de cuidado precisam estar coerentes ao estilo de vida das lésbicas, o que predispõe uma escuta qualificada por parte dos profissionais desde as primeiras consultas^(2,3).

O corpo biologicamente feminino se mostra distante das práticas sociais e afetivas da vida da mulher, portanto, existe uma espécie de divisão entre as expressões sexuais da mulher e o corpo biológico, o que justifica a invisibilidade da orientação sexual nas ações de promoção da saúde^(19,20).

Para as mulheres bissexuais ou lésbicas, a presunção de uma heterossexualidade, aliada às fragilidades do vínculo entre o profissional de saúde e a paciente, podem estar relacionadas a não revelação da orientação sexual na consulta ginecológica; como também as práticas das relações íntimas e o seu caráter silenciado pode comprometer a revelação por parte da paciente⁽²⁰⁾. Sendo assim, é preciso reverberar informações acerca das diferentes nuances das práticas sexuais da mulher e seus cuidados correspondentes ao praticá-los, enquanto prática de promoção da saúde, e a consulta ginecológica é um espaço privilegiado para tal^(2,20).

A partir das fragilidades conhecidas nas narrativas acima, pode haver necessidade da criação de protocolos, normativas e instrumentais de atenção à saúde das mulheres lésbicas⁽²¹⁾, bem como a construção de um novo paradigma ensino-saúde em que conte com uma formação acadêmica capaz de discutir a sexualidade como questão atinente do agir em saúde⁽²²⁾.

Em estudos realizados a partir da literatura nacional⁽²³⁾ e internacional^(24,25) sobre a homossexualidade feminina no campo da saúde, percebeu-se que se faz necessário adequar os serviços de saúde para o acesso dessa população; ofertando, especialmente, acolhimento, vínculo e cuidado a todas as usuárias, a fim de que as particularidades sejam repensadas a partir da necessidade de cada mulher atendida na consulta ginecológica.

A consulta ginecológica às mulheres lésbicas e bissexuais, ou que fazem sexo com outras mulheres, não deve ser, necessariamente, diferente daquele ofertado às mulheres em geral. Contudo, é relevante que o profissional de saúde esteja ciente da orientação sexual de cada mulher, pois é primordial para diminuir a ênfase heteronormativa do atendimento ginecológico e necessária para compreender os riscos relacionados a certas práticas sexuais⁽²⁵⁾.

O gay afeminado nos serviços de saúde

Apontaram-se, nesta categoria, fragilidades desse grupo no acesso ao SUS para os que possuem comportamentos instituídos socialmente pelo universo feminino. Os participantes G3 e G4 narraram vivências de tensão nos serviços públicos de saúde:

“Por que eu sou mal atendido? Porque eu sou uma pessoa mais afeminada e já dão aquela risadinha. A própria pessoa que vai atender já olha “assim”. Eu tenho essa dificuldade na Unidade de Pronto Atendimento, no postinho e no próprio hospital. (G3)

O gay que é afeminado sofre, sofre muito mais. Não é a travesti. Mas a pessoa que é mais afeminada mesmo, a “bicha pintosa”. (G4)

O termo *gay* tem trazido em seu bojo traços da cultura americana, e assumido um padrão elitista. Nesse contexto, o empoderamento quanto ao reforço da expressão “bicha pintosa” se deve a dimensão desconstrutora e política de afirmação dos diferentes marcadores de identidade, principalmente àqueles que em seu repertório trazem artefatos característicos do feminino⁽²⁶⁾.

O construto social de associação da mulher ao lugar de subserviência na sociedade repete a lógica paradoxal de dominação masculina, em que o machismo se mantém a partir da relação assimétrica em homens e mulheres⁽²⁷⁾. O *gay* afeminado visivelmente se identifica com o feminino, logo, a sociedade lhe reserva um julgamento duplo: por não seguir o padrão heteronormativo e por se fazer próximo daquelas que são violentamente subjugadas, as mulheres⁽²⁶⁾.

Dessa forma, a cultura de homofobia ao *gay* afeminado se mantém paralela aos padrões sociais e esperados pela cultura. Essa opressão pode se perpetuar também nos espaços de saúde, os quais, de antemão, deveriam ser equipamentos de inclusão, tolerância e respeito às minorias sexuais. Os profissionais de saúde devem, assim, trabalhar contra a homofobia, contra o machismo, e a favor do acesso e assistência integral dos *gays* no SUS^(2,3,8). G1 narrou sua experiência de entraves nos serviços de saúde:

“Já vi muitos amigos meus “pintosos” que sofrem nos postos de saúde. Às vezes, sofrem violência, por conta de apanhar de um - vou usar a nossa linguagem - um “bofe”, de um “boy”. Aí, a gente vai procurar um “boy” e tudo. Aí apanha e depois chega no posto de saúde e as pessoas te julgam: “Ele mereceu aquilo ali!” (G1)”

A narração de G1 acerca da postura profissional encontrada em sua consulta depõe uma espécie de culpabilização do usuário, destacando o lugar de abjeção e opressão destinado aos *gays* afeminados, que está próximo de violências vividas por mulheres. Sobretudo, devolve-se ao usuário à alteridade, isto é, um corpo masculino com comportamento feminino. Com isso, ressalva-se a importância de trabalhar questões de processos de trabalho e humanização no SUS, para que se possa ampliar essa discussão, desmistificar ranços morais e permitir o cuidado à saúde dos *gays* afeminados⁽⁷⁾. Não se trata de uma mera disputa do gênero masculino contra o feminino, ou vice-versa, mas da necessidade de provocar a libertação dos corpos que ainda estão aprisionados à sua imagem social⁽¹⁾.

Em uma análise de jovens *gays* e sua saúde, percebeu-se a importância de propor iniciativas no escopo da promoção e prevenção em saúde em que reforcem a garantia de direitos, além de outras que destaquem inquietações como a discriminação, o pressuposto simbólico de masculinidade, a escassez de informações de qualidade e o restrito quantitativo de profissionais capacitados, tanto no campo da saúde como da educação, para sensibilizar esses jovens e as suas famílias⁽²⁷⁾.

Em outra pesquisa qualitativa realizada no estado de São Paulo, o aspecto relevante observado na análise refere-se à influência da homofobia para a saúde do *gay* adolescente, sobretudo a respeito da sua saúde psicológica, pois ela corrobora para a manifestação de comportamento depressivo, ansiedade e medo excessivo, chegando até a pensamentos e ideações suicidas, estados que destacam sofrimentos mentais, cuja procedência está interligada às cenas de violência vivenciadas⁽²⁸⁾.

Isto revela um dos efeitos perversos da homofobia e pode estar sendo reforçado pelos serviços de saúde, assunto que também foi discutido por outro estudo⁽²⁹⁾, que apontou que a homofobia, especialmente aos *gays* afeminados, é um processo histórico e seu enfrentamento depende do fortalecimento de ações intersetoriais, que busquem congruência entre o que é previsto nas políticas e o que, de fato, acontece no acesso à prevenção e à atenção dos *gays* afeminados no SUS.

Em busca da equidade para as travestis

Em se tratando dessa categoria, percebeu-se que a equidade, enquanto princípio do SUS, desafia as diferentes desigualdades sociais, culturais e econômicas que, paralelamente, estão postas junto às vulnerabilidades dos sujeitos. Esse princípio surge associado às minorias, e reconhece a noção de justiça como basilar na construção de sistema de saúde público universal⁽³⁾. Mas como a equidade tem se efetivado em políticas de garantia de direitos? Como as políticas equitativas têm garantido o acesso das travestis ao SUS? Essas inquietações provocam a necessidade de operacionalizar estratégias de inclusão das travestis nos serviços de saúde.

A identidade de gênero é um determinante de saúde que diante do estigma social vivenciado pelas travestis, pode maximizar o sofrimento físico e mental, e favorecer questões de vulnerabilidade em geral⁽⁷⁾. Aliando-se ao preconceito, a “travestifobia” pode ser replicada nos equipamentos sociais de saúde, por parte dos diferentes profissionais que nele atuam, desde agentes de portarias até os médicos^(8,10).

Dessa forma, estratégias equitativas precisam ser acionadas para garantir o acesso das travestis ao SUS, a fim de que o cuidado se efetive no cotidiano das práticas de saúde. A fala de T2 esboça uma dessas estratégias:

“Vocês viram a reportagem de um hospital que estava querendo criar uma terceira enfermaria porque as mulheres não estavam querendo aceitar travestis nas enfermarias delas? (T2)”

Por demandarem cuidados específicos e próprios da hormonioterapia e alterações corporais, a população trans (travestis/mulheres e homens transexuais) tem acessado os serviços ambulatoriais que foram criados com fins específicos. Esses espaços são constituídos por equipes multiprofissionais, que incluem assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, além de médicos ginecologistas, proctologistas, endocrinologistas, cirurgiões plásticos e outros^(30,31).

Na narrativa de T2, percebe-se que a criação de uma “terceira enfermaria” é a efetivação da proposta desses centros peculiares de atendimentos à população trans, que contribuiria para o cuidado especializado e garantiria mais respeito e dignidade aos usuários. A criação desse primeiro ambulatório ocorreu em 2009, no estado de São Paulo, e hoje no Brasil já existe em diversas capitais⁽³¹⁾.

Em uma pesquisa etnográfica com as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, percebe-se que se sentem incomodadas pela forma como são tratadas nos serviços de saúde, sobretudo pelo ajuizamento moral e social, pelo distanciamento evidenciado por meio de gestos, olhares e falas dos profissionais de saúde que fazem parte da rede SUS, o que corrobora com a intensificação do sofrimento social das travestis⁽³²⁾.

Já que ainda não há esses serviços ambulatoriais específicos na região de realização da presente pesquisa, as travestis, nas tentativas de acesso aos serviços básicos e especializados do SUS, vivenciam experiências vexatórias, como no estudo citado, conforme relata T4:

“Eu morro de vergonha de ir ao urologista. Eu sou uma mulher, urologista não combina comigo, mas eu sei que é importante, e até queria ir, porque já tive uns problemas sérios. Um dia também fui no proctologista, e a atendente ficou me olhando de um jeito que minha vontade era sair dali (T4).”

Há uma relação tênue entre ampliar o acesso das travestis por meio de serviços específicos e, ao mesmo tempo, delimitar espaços de uso⁽³¹⁾. A proposta de especializar-se no cuidado mostra-s também como emudecedora na inclusão de travestis na rede de saúde aberta ao público em geral e, com isso, o respeito à diversidade é tratado como uma política equitativa, mas que delimita espaços de acesso dos corpos modelados das travestis⁽³³⁾.

Na saúde coletiva, a rede de cuidado aos LGBT tem se fortalecido desde a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, em 2011. Não obstante, ainda existem fragilidades no acolhimento, especialmente para as travestis^(3,4,7). Ressalta-se que essa modalidade “confina” as travestis em ambulatórios específicos e em alguns, especialmente, as aborda como infectantes, já que os serviços estão interligados às demandas de IST e AIDS⁽³²⁾.

Em um estudo realizado sobre as dissidências existenciais de gênero, as resistências ao biopoder e suas biopolíticas se expressam desde sempre na história de vidas das travestis, em que os desejos de construírem suas vidas são expressos no corpo. Elas lutam para serem aceitas na sociedade, insistem na efetivação de seus objetivos, apesar das fragilidades ao longo da trajetória e, para tanto, através de ambulatórios de cuidado específico, percebe-se a interlocução com sujeitos que se assemelham em suas vidas, que estabelecem sentimentos de pertença e construção de uma expressão de ser, criando conivências e produzindo estratégias de alocação de suas especificidades⁽³³⁾. Já em outro estudo percebeu-se que, na percepção das travestis, o ambulatório funciona como um suporte de apoio social e, portanto, um fator de proteção para a promoção e prevenção em saúde⁽³⁴⁾.

Há, portanto, a necessidade de trabalhar a equidade em saúde para as travestis como um processo permanente e em transformação, mas que, além de tudo, permite alterar o seu objetivo maior ao passo que as melhorias são alcançadas⁽³¹⁾.

O nome social para as mulheres transexuais no SUS

Esta categoria trata da definição de nome social, que é o nome pelo qual a população trans gosta de ser identificada, o que se contrapõe ao nome de registro civil desses sujeitos⁽³¹⁾. O nome social permite a garantia da subjetividade e particularidade de cada um em seu reconhecimento. Para as mulheres transexuais participantes da pesquisa, é essencial viver através da identificação do nome social, seja no uso do banheiro próprio do gênero que se expressa, seja no reconhecimento da sua identidade de gênero nos serviços de saúde^(35,36).

No SUS, a carta dos direitos dos usuários da saúde é um dos instrumentos basilares no fortalecimento à humanização em saúde⁽⁸⁾. Em seu escopo e composição, elenca o direito ao atendimento livre de qualquer tipo de preconceito e garante a identificação por meio do nome social⁽⁸⁾. Contudo, as mulheres transexuais pesquisadas relataram cenas discriminatórias nos serviços:

“Elas não vão para esses espaços de saúde, porque elas não se sentem acolhidas lá. Pelo menos, eu evito ao máximo, porque eu sei que vai ter discussão de nome social e eu vou ter que dizer o que é identidade de gênero para o médico, para a atendente. Então é um espaço de conflito. Então a gente evita ao máximo. (MT1)”

“Eu acho que o problema maior é a questão do nome mesmo, a questão da carteirinha social. (MT3)”

A importância de implantar a cultura de humanização e respeito ao nome social implica, especialmente, na valorização e respeito ao ser humano, perpassando pelo agir dos profissionais de saúde, as subjetividades dos usuários e, por fim, os coletivos⁽³⁴⁾. A transfobia materializada na resistência ao uso do nome social pode gerar entraves no processo saúde-doença-cuidado das mulheres transexuais⁽³⁵⁾.

Numa investigação realizada junto às mulheres transexuais, notou-se que o uso do nome social, em suas percepções, funciona como uma ferramenta de acesso da população trans aos serviços de saúde, bem como favorece o vínculo com os serviços oferecidos e o acolhimento desde a sua chegada, ouvindo atentamente as demandas, produzindo cuidado integral, até a articulação com os demais serviços da rede. O atendimento inicial através do nome social pode favorecer a continuidade do usuário nas práticas de promoção em saúde⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Já outro estudo documental sobre o uso do nome social questionou o porquê dos entraves para executar uma ação simples, de baixo custo e alta resolução como o uso do nome social. Para tanto, abre outras discussões que vão além SUS e se configuram nos escopos da religião, formação educacional, constructos sociais de gênero, e que devem ser desmistificados nos debates nas mídias e na sociedade em geral⁽³⁹⁾.

As participantes narraram essas barreiras vivenciadas no SUS e destacaram a importância do conhecimento quanto a esse direito por parte de todos que fazem o serviço. MT5 elenca ainda os sentimentos e sensações associados ao constrangimento:

“Outra vez, no posto de saúde, me senti péssima. Eles fizeram chamada nominal com meu nome masculino. Eu fiquei tão constrangida, mas tão constrangida, que nem voltei mais lá (...) Agora eu não, eu não vou, assim... [só vou] em último caso. (MT5)”

Nas questões envolvendo as minorias sexuais, a censura tem sido cada vez mais presente⁽¹⁾. Contudo, as sexualidades ainda precisam ser compreendidas à luz das relações humanas, especialmente no campo da saúde. A luta pelo uso do nome social não está apenas relacionada a uma nova inscrição nominal, mas nas representações e significados implicados nesse processo. O nome é apenas uma metáfora para caracterizar o novo batismo das travestis e transexuais⁽³⁷⁾.

Os resultados encontrados no presente estudo precisam ser analisados à luz de alguns pontos limitantes, como o tipo de recrutamento que foi utilizado na pesquisa, o qual pode favorecer a escolha de grupos de vulnerabilidades afins. Portanto, pode não representar a comunidade em geral. Os participantes da presente pesquisa são, em sua maioria, envolvidos no ativismo e militância LGBT, o que pode trazer dados mais politizados no estudo, acabando por se afastar daqueles mais marginalizados.

Dessa forma, recomenda-se que outras pesquisas, com diferentes delineamentos, possam explorar esses e outros aspectos pertinentes ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De início, há de se pensar, neste estudo, os limites impostos pela própria sigla LGBT, um grande desafio a ser superado, tanto para o SUS quanto para a sociedade de um modo geral. A principal barreira no acesso aos serviços de saúde se dá em poder acolher as pessoas enquanto sujeitos que têm direitos, desejos e possibilidades bastante particulares. São usuários que se reinventam nesse caleidoscópio que é a vida. Para tal, é fundamental que o SUS esteja atento para promover o acolhimento e criar estratégias intervencionistas na oferta dos serviços de saúde.

Dante dos cenários de iniquidades apontados pelos participantes investigados, o estudo mostrou a emergência na organização das redes de atenção à saúde, a fim de promover a inclusão da população LGBT em seus diversos equipamentos sociais, garantir o respeito e valorização à vida, facilitar práticas de equidade e desmistificar os mitos sobre as minorias sexuais. Com isso,

enfatizou-se a necessidade primordial de conhecimento das especificidades de assistência a cada grupo da comunidade LGBT, destacando o potencial do SUS enquanto equipamento social, político e ético privilegiado no enfrentamento às “LGBTfobias”.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. História da sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1993.
2. Santos AR, Santos RMM, Souza ML, Boery RNSO, Sena ELS, Yarid SD. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Rev Bioét.* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Dez 15]; 23(2):400-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200400&lng=pt
3. Bittencourt D, Fonseca V, Segundo M. Acesso da população LGBT moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. *Conexões Psi* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Fev 11];2(2):60-85. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/conexoespsi/article/view/542/504>
4. Albuquerque GA, Garcia CL, Quirino GS, Alves MJA, Belém JM, Figueiredo FWS, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Fev 11];16(2):1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714514/>
5. Malagón-Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biosocial. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Jan 17];19(53):237-49. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180139468002>
6. Aith F, Scalco N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Revista USP* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Dez 10];1(107):43-54. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115112/112817>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Rios LF. Homossexualidade, juventude e vulnerabilidade ao HIV/Aids no candomblé fluminense. *Temas Psicol* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Dez 15];21(3):1051-66. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a16.pdf>
9. Sousa PJ, Ferreira LOC, Sá JB. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Ago 7];18(8):2239-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/08.pdf>
10. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Ago 19];37(98):516-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a15v37n98.pdf>
11. Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Fev 11];5(1):1-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso
12. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BR). *Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2014*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; 2014.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
14. Minayo MCDS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10^a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Subprojeto Regional QualiSUS-Rede Região Metropolitana do Recife. 2012. [acesso em 2017 out 26]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-QualiSUS-PE-web.pdf>
16. Nóbrega DO, Andrade ERG, Melo ESN. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. *Psicol Soc* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Ago 19]; 28(3):433-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n3/1807-0310-psoc-28-03-00433.pdf>
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
18. Rio SMP, Trivellato IM, Caldeira NM, Araújo SF, Rezende DF. Vivência das mulheres atendidas por alunos de medicina em consulta ginecológica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Set 18]; 37(4):492-500. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400004&lng=en&nrm=iso

19. Marques MM, Oliveira JM, Nogueira C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Set 18]; 18(7):2037-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700019&lng=pt
20. Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Conde LL, Perrotta GV, Capriati A, et al. Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Set 18];18(51):673-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icsc/v18n51/1807-5762-icsc-1807-576220140049.pdf>
21. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Out 18]; 24(3):541-4. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300020&lng=pt
22. Carvalho CS, Calderaro F, Souza SJ. O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. Rev Psicol Polít [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Set 19];3(26):2037-47. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100008&lng=pt&nrm=iso
23. Valadão RC, Gomes R. Ahomossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. Physis [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Out 18];21(4):1451-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400015&lng=en
24. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. BJOG [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Nov 28];124(3):381-92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27862853>
25. McNair RP, Hegarty K. guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: a systematic review. Ann Fam Med [Internet]. 2010 [acesso em 2017 Nov 28]; 8(6):533-541. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2975689/>
26. Santiago AC, Castello NFV, Rodrigues A. Bichas destruidoras mesmo: construindo uma viada bem afeminada. Rev Periferia [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Nov 28];9(2):26-31. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/29360/22116>
27. Segato RL. El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad. Rev Estudos Feministas [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Set 12]; 22(2):593-616. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-artigo atualizado 026X2014000200012&lng=es&nrm=iso
28. Cunha RBB, Gomes R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Set 12]; 19(52):57-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100057&lng=en
29. Natarelli TRP, Braga IF, Oliveira WA, Silva MAI. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. Esc Anna Nery Ver Enferm [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Set 12];19(4):664-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400664&lng=en
30. Barboza R, Rocha ATS. O direito e o acesso à saúde de gays e homens que fazem sexo com homens: um olhar sobre o VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids e I Congresso Brasileiro das Hepatites Virais. BIS, Bol Inst Saúde [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Set 12];13(2):131-40. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200006&lng=pt
31. Guimarães A. Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo: relatório de duas visitas (2010-2012). Bagoas Estudos gays Gêneros Sexualidades [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Nov 28];7(10):260-300. Disponível em: <https://periodicos.ufrrn.br/bagoas/article/view/5387/4402>
32. Souza MHT, Malvasi P, Signorelli MC, Pereira PPG. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Set 19];31(4):767-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00767.pdf>
33. Amorin SMG, Vieira FS, Brancaleoni AP. Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. Saúde Debate [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Mar 19];37(98):525-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a16v37n98.pdf>
34. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. Psicol Ciênc Prof [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Set 19];3(32):552-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a03.pdf>
35. Peres WS, Toledo LG. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. Rev Psicol Polít [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Set 19];11(22):261-77. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200006&lng=pt&tlang=pt

36. Silva BB, Cerqueira-Santos E. Apoio e suporte social na identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. Rev SPAGESP [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Set 19];15(2):27-44. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200004&lng=pt
37. Bento B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. Contemporânea [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Set 11];4(1):165-8. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/viewFile/197/101>
38. Bonassi BC, Amaral MS, Toneli MJF, Queiroz MA. Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. Quaderns Psicología [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Jun 17]; 3(17):83-98. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1283>
39. Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, Martiniano CS. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. Physis [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Jun 17];27(3):835-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300835&lng=pt

Endereço para correspondência:

Breno de Oliveira Ferreira
Rua Olavo Bilac, 2335
Bairro: Centro (Sul)
CEP: 64001-280 - Teresina - PI - Brasil
E-mail: breno.oli@hotmail.com