



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana María Mújica Rodriguez

**EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PERCEPÇÕES  
DAS PESSOAS TRANSGÊNERO, TRANSEXUAIS E  
TRAVESTIS SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM  
FLORIANÓPOLIS/SC, 2013-2014**

FLORIANÓPOLIS, SC

2014



ANA MARÍA MÚJICA RODRIGUEZ

**EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PERCEPÇÕES  
DAS PESSOAS TRANSGÊNERO, TRANSEXUAIS E  
TRAVESTIS SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM  
FLORIANÓPOLIS/SC, 2013-2014**

FLORIANÓPOLIS, SC

2014



ANA MARÍA MÚJICA RODRIGUEZ

**EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PERCEPÇÕES  
DAS PESSOAS TRANSGÊNERO, TRANSEXUAIS E  
TRAVESTIS SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM  
FLORIANÓPOLIS/SC, 2013-2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Kathie Njaine

FLORIANÓPOLIS, SC

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rodriguez, Ana Maria Mujica  
EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PERCEPÇÕES DAS PESSOAS  
TRANSGÊNERO, TRANSEXUAIS E TRAVESTIS SOBRE OS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC, 2013-2014 / Ana Maria  
Mujica Rodriguez ; orientadora, Kathie Njaine -  
Florianópolis, SC, 2014.  
182p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Transexualidade. 3. hetero-cis-  
normatividade. 4. discriminação. 5. Sistema único de saúde.  
I. Njaine, Kathie . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.  
Título.

Dedico este trabalho a todes nós,  
filhes da revolução,  
desconstrutores de toda forma de opressão, violência e discriminação.





## AGRADECIMENTOS

Los agradecimientos de este trabajo decidí hacerlos en español/português, en honor a mi familia y para que mi aguelinix (como yo le digo de cariño a mi abuela paterna), pueda leerlos. Quiero en primer lugar agradecer profundamente a mi familia consanguínea, conformada por mi mamá, mi papá, mi hermana, mi aguelinix y milox. Puedo decir sin titubeo que sin el apoyo de ellos no estaría en Brasil, pues me han brindado la libertad y autonomía necesarias para confiar en mi misma, en mis sueños, anhelos y objetivos e ir tras ellos.

Igualmente quiero agradecer a mis amigxs que están en Colombia o en otros países lejos de mí físicamente, pero tan cerca siempre de corazón y alma: Lucia Carolina Leal, Jose Andres Díaz Lobo, Silvia Margarita Gil, Cristal Zambrano, Andres Navas, Rodrigo Andrés Osorio, Jose David Hernandez Pinzón, Felipe Vecino, Claudia Jaimés, Clara J. Santa maría, Ana Karina Mantilla Mendoza, Oscar Olivella, Cristina Guerrero Ortiz, Leidy Melgarejo, Javier A. Rangel, Dorian V. Niño Parra, Carlos Julio Sto. Diaz y Sandra Bibiana Rojas. Gracias por su amistad, cariño y respeto.

A Laudy A. Pabón, por su apoyo incondicional y permanente en esta aventura, por escucharme en mis crisis existenciales, compartir mi felicidad y hasta mis odios y desesperos. Me siento muy feliz de saber que tengo personas como tú en mi vida.

Quero expressar a minha gratidão e carinho para a minha orientadora Kathie Njaine, uma pessoa maravilhosa que me apoio durante todo este processo, não só no processo da parte académica, mas também emocional, sempre preocupada pelo meu bem-estar. Eu sempre

estarei infinitamente agradecida pela oportunidade e confiança que me brindou, palavras não bastam porque o *meu obrigada* vem da alma.

Ao meu luar por estar ao meu lado nesta aventura e espero vivamos muitas mais.

Ao meu professor de português na Colômbia Vitor Kawakami, por me ensinar a diversidade e plasticidade do Brasil refletida na sua língua, nos sotaques, gírias, etc., que representam cada região. Pela amizade, pelo carinho e por abrir-me as portas da sua casa em Milho verde, lugar maravilhoso, onde iniciei esta aventura.

Ao Prof. Rodrigo Gustavo Moretti Coordenador da pós-graduação e amigo, pela oportunidade, pelo carinho e apoio. E por muito mais que não se pode descrever com palavras.

Ao PPGSC por abrir as suas portas para esta estrangeirx coloridx e moradorx de mundos paralelos.

Às/aos minhas/meus amiguxs que conheci ao longo do mestrado e fazem parte da minha vida e ocupam um espaço no meu coração: Amanda Faqueti, Elyana Sousa, Deise Warmling, Camila Woerner e Luana Gabriele Nilson, pelo apoio, amore e por compartilhar às minhas loucuras e ser parte delas.

Ao Prof. João Luiz Dornelles Bastos e a Mariana, pela amizade, apoio e carinho. Pelos abraços sinceros nos momentos oportunos.

Às/aos integrantxs do grupo Discriminação e Saúde, pessoas maravilhosas, lindas e particulares. Que me acolheram e compartilhamos momentos e experiências inolvidáveis em cada jantar/saída/reunião.

À Isabela Zeni e à sua família, pelo carinho, pela cumplicidade. Pelo apoio e energias positivas para que eu conseguisse entrar no mestrado. Pela ajuda no inverno, que graças a vocês não morri de frio.

À Helena M. Constante, pela amizade e cumplicidade. Pelas caronas cheias de risadas e conversações da vida.

À Simone Ávila (Alias Little S), pela amizade e confiança. Por me acolher na sua casa e apresentar-me parte da sua família. Muchas gracias, pelas trocas acadêmicas que me ajudaram na construção desta pesquisa e da minha própria identidade.

À Uiná e Sarah, pessoas maravilhosas que um dia conheci no Francês, mas que se converteram em muito mais do que companheira de aula e professora. Obrigada pelas jantãs, cervejas, batatas fritas, e tudo o compartilhado.

À Magali (Maga) Alloatti, pela amizade, o kinkyLove, por me escutar nos momentos de loucura mental e fuga de ideias, pelas trocas acadêmicas e por tudo o que aprendi a través das tuas histórias inesgotáveis cheias de saberes da sociologia e da experiência de vida.

À Profa. Miriam Grossi, por mi apresentar à Simone, e infinitas graças por me deixar ser parte do NIGS, dessa linda família do CFH, que tanto me tem ajudado na minha vida pessoal, acadêmica e profissional. Pela confiança e o carinho, o qual é mutuo.

Ao Theo e Layra pela amizade, as saídas, as aventuras vividas e ainda as muitas que nos faltam por viver.

Ao Laurent, pela amizade, os bons cafés e os encontros casuais cheios de momentos inolvidáveis.

Ao Luciano, pela confiança o carinho e a amizade. Pôr as músicas cantadas desde o coração.

Às pessoas queridas da banca, por aceitar este convite e ajudar-me na construção desta pesquisa.

E finalmente a todas aquelas pessoas que fazem parte da minha vida e/ou que se cruzaram pelo meu caminho, porque cada pessoa sempre tem alguma coisa que ensinar-nos.

Yo buscaba mi alma, pero no la podía ver,  
Yo buscaba mi dios, pero mi dios me rehuía,  
Yo buscaba un amigo y allí encontré a los tres.

Wayne Dosick



Different though the sexes are, they intermix. In every human being a vacillation from one sex to the other takes place, and often it is only the clothes that keep the male and female likeness, while underneath the sex is the very opposite of what it is above. Of the complications and confusions which thus result every one has had experience; but here we leave the general question and note only the odd effect it had in the particular case of Orlando herself.

*(Orlando, 1928. Virginia Wolf)*





## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1: Dados sócio-demográficas das/os participantes.....	93
--	----

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO I: Artigos sobre o uso e acesso da população LGBT aos serviços de saúde.....	60
QUADRO II: Artigos sobre a percepção da população LGBT dos serviços de saúde.....	76



## SUMARIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>27</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>30</b>
3.1. Orientação sexual e Identidade de gênero.....	31
3.2. Discriminação e sua associação com a população LGBT.....	39
3.3. Violência Estrutural e atenção à saúde da comunidade LGBT.....	48
3.4. Serviços de saúde utilizados pela população LGBT.....	51
3.5. Percepção da comunidade LGBT sobre os serviços de saúde.....	66
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>85</b>
4.1. Objetivo Geral.....	85
4.2. Objetivos Específicos.....	85
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>85</b>
5.1. Seleção dos participantes do estudo.....	87
5.2. Instrumentos, procedimentos e análise dos dados.....	88
5.3. Considerações éticas.....	90
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>91</b>

6.1. Acesso e experiências das pessoas Trans com os serviços de saúde.....	94
6.1.1. Experiências relacionadas com o Processo Transexualizador.....	100
6.2. Experiências discriminatórias e violências dentro dos serviços de saúde.....	108
6.2.1. Uso do Nome Social.....	110
6.2.2. Violência Estrutural e a Hetero-cis-normatividade.....	113
6.3. Automedicação, uso dos mercados “paralelos” e processo transexualizador.....	121
6.4. Sugestões para o SUS.....	125
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>165</b>
<b>Artigo 1: Experiências das pessoas <i>Trans</i> com o SUS: uso do nome social.....</b>	<b>169</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O tema desta dissertação é a saúde da população transgênero, transexual e travesti, incluída na categoria LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, transgênero e travestis), que envolve a atenção prestada pelos serviços de saúde públicos e as percepções desse grupo sobre esses serviços.

Esse tema tem sido alvo de estudos internacionais e também nacionais, embora sejam recentes no Brasil leis e políticas que asseguram os direitos da população LGBT nos âmbitos da saúde e dos direitos humanos.

Parte-se do princípio que a saúde é um direito de todos, previsto na Constituição Federal de 1988 e expresso nos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Neste sentido, independentemente da orientação sexual ou da identidade sexual e/ou de gênero das pessoas, entende-se que a atenção deve ser assegurada considerando inclusive as experiências sexo-eróticas e necessidades de cada um.

A sexualidade do ser humano é uma dimensão essencial para o desenvolvimento integral deste, não só em seu âmbito pessoal, como também no social, intelectual e emocional. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) este é um tema complexo que está inter-relacionado com os componentes biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, étnicos, legais, históricos e religiosos ou espirituais. A sexualidade se expressa e é experimentada mediante os pensamentos, as fantasias, os desejos, as crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relações interpessoais. E abarca a reprodução, o sexo, a identidade de gênero, a orientação sexual, o erotismo, a intimidade e o prazer.

Segundo Heli Alzate (1987), a sexualidade é um “conjunto de condições estruturais, fisiológicas, comportamentais e socioculturais que permitem o exercício da função sexual”. Uma função consciente e regularizada pela cultura e sociedade, que tem como propósito gerar prazer, ou seja, a função erótica como objetivo principal e a reprodutora como fim secundário. Uma função erótica que tem levado o ser humano a experimentar e diversificar ainda mais sua sexualidade e a expressão da mesma.

Por outro lado, o gênero é visto dentro de algumas categorias da saúde desde uma perspectiva biológica e reducionista, cujas expressões são categorizadas e estereotipadas de uma forma binária e inflexível. Segundo Butler (2013) o sistema binário circunscreve-se de forma implícita à hipótese de uma relação mimética entre gênero e sexo. O anterior supõe que a o gênero reflete o sexo biológico, é por ele restrito, e é o destino invariável. No entanto, parte-se da ideia do gênero como uma construção social, permitindo uma crítica deste conceito e a produção de subjetividades e de expressões e Identidades de gênero que fazem uma ruptura dessa ordem ou paradigma.

Desde 1960, diversos movimentos sociais vinham questionando os valores sociais relacionados à sexualidade, o significado e finalidade do sexo. O tema da sexualidade ganha uma maior visibilidade com o movimento feminista e com o movimento lésbico-gay, entre outros. Já em 1980, com a epidemia do HIV/AIDS se reconstroem e reforçam os parâmetros de normalidade (heterossexual e monogâmico) com a subsequente patologização dos desvios à norma. O espalhamento do HIV/AIDS trouxe a realização de campanhas de prevenção específicas para os segmentos de populações mais vulneráveis, assim como a

visibilidade das Travestis como identidade política (CARVALHO; CARRARA, 2013) e a análise dos impactos do preconceito e estigma nas populações afetadas (AYRES et al, 2003).

Estas discussões envolvendo a epidemia mobilizaram a comunidade LGBT na luta pelo direito à saúde, na sua inclusão no SUS e na sociedade. Nesse contexto, em 2004, o Ministério de Saúde com a Portaria N° 880/GM de 13 de maio, se dispõe a criação do Comitê Técnico para a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, lançada em 2008, a qual além de ser uma iniciativa para a construção de uma maior equidade no SUS tem como objetivo o reconhecimento das implicações da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população (BRASIL, 2008a).

Igualmente, em 2004 surge o Programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”, que dispõe sobre ações que envolvem diversos Ministérios (entre os mais ativos, saúde e educação) na formulação e execução de políticas públicas voltadas ao combate do estigma e da discriminação contra os homossexuais (BRASIL, 2004).

Numa tentativa de lograr a inclusão do segmento transexual e travesti, tendo em conta suas necessidades em saúde diferenciais, se cria o Protocolo Clínico de Saúde Integral para Travestis (PCSIT), instituído no Estado de São Paulo (BRASIL, 2010), e a Portaria GM n. 1.707 de 18 de agosto de 2008 para instituir o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2008b), com a qual também se normatizou o caráter prévio experimental que tinham as cirurgias de redesignação sexual nas mulheres transexuais (ARÁN; MURTA, 2009). No ano de 2010 com a Resolução 1.955/2010 o caráter experimental das cirurgias de caracteres sexuais

secundários em homens transexuais é retirado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A complexidade da atenção à saúde da população LGBT, portanto, vem exigindo a ampliação do conceito de saúde estabelecido pela OMS (WHO, 1946), que entende saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e espiritual completo e não meramente a ausência de doença” que abarca os determinantes sociais como as condições sócio-econômicas-ambientais, etc. Para além do conceito, as necessidades desta população vêm apontando para inflexões nas leis e nas formas de percepção e acolhimento destes segmentos populacionais pela sociedade, incluindo o setor saúde. No tocante ao setor saúde, em particular, percebe-se a necessidade de adequações das ações de saúde para atender a comunidade LGBT, tanto do ponto de vista médico quanto dos direitos humanos, a fim de superar a visão biologizante da questão das sexualidades e das identidades de gênero, sem cair na patologização das experiências sexuais diferenciais.

Cecilio (2001) ressalta que as necessidades de saúde desta população, assim como da sociedade em geral, são social e historicamente determinadas e construídas, não estão limitadas ao âmbito biomédico, ao contrário, envolvem e interagem com os aspectos socioeconômicos, ambientais, emocionais, relacionais, dentre outros. A partir desta perspectiva abrangente, Cecilio (2001) apresenta as necessidades de saúde em quatro grandes conjuntos: boas condições de vida; ter acesso e oportunidade de uso da tecnologia atual capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos afetivos de confiança e respeito da/o profissional e/ou equipe de saúde; e necessidade de cada pessoa ter autonomia no seu modo de viver. A atenção às essas



necessidades podem ampliar a integralidade, a equidade e as ações de promoção da saúde junto à população LGBT.

Contudo, persistem formas de discriminação contra a população LGBT no Brasil nos âmbitos, tanto interpessoais como institucionais e estruturais, e neste estudo o enfoque é na relação com os serviços de saúde. Essas violações dos direitos vêm sendo monitoradas, sobretudo pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Segundo o último Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, no ano de 2012 foram reportadas 9.982 violações de direitos humanos contra esta população, com um aumento de 46,6% em relação a 2011, perfazendo um total de 13,29 pessoas vítimas de violações de caráter homofóbico por dia. Dentre as vítimas, 37,59% disseram se identificar como lésbicas, 60,44% como gays; 1,47% se identificaram como travestis e 0,49% como transexuais (BRASIL 2013a).

A relevância do tema traduz, de certa forma, os posicionamentos políticos da população LGBT, sobre as representações de gênero, sexualidade e do próprio corpo, que questiona a ideia de uma identidade sexual e de gênero únicas. Esses questionamentos trazem desafios ao acesso e cuidados efetivos e integrais à saúde, e à relação com as/os profissionais e os diferentes serviços de saúde.

Neste estudo procurou-se investigar as questões que se referem à atenção à saúde das pessoas transgênero, transexuais e travestis nos serviços de saúde públicos. Dessa forma, perguntou-se:

Quais são as experiências e percepções das pessoas transgêneras, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde?

Quais são os outros serviços de atenção à sua saúde utilizados e os hábitos de automedicação?

Partiu-se do pressuposto que essa população procura pouco os serviços públicos de saúde por acreditarem que serão discriminadas/os e não terão suas necessidades específicas e gerais atendidas. Outro pressuposto é de que as/os profissionais de saúde, sobretudo na relação médico-paciente baseiam suas ações em uma premissa da hetero-cis-normatividade, não se capacitando e/ou não sendo capacitadas/os, para a atenção à complexidade das questões de saúde demandas pela população LGBT, em especial, das/os transgênero, transexuais e travestis (*Trans*). Ainda, pressupôs-se que muitos atendimentos são permeados por atitudes preconceituosas e discriminatórias, operando como elementos de perpetuação dos estigmas em torno dessa população.

## 2. JUSTIFICATIVA

A principal justificativa deste estudo fundamenta-se na ideia prevalente na sociedade de uma sexualidade e expressões de gênero imaleáveis, desconsiderando as diferentes identidades sexuais e de gênero. Entende-se que a diversidade sexual e de gênero fazem parte das expressões da dimensão sexual humana e, portanto, devem ser respeitadas e consideradas em suas diferenças.

A perspectiva contrária tem levado a que a comunidade *Trans* seja estigmatizada pela sociedade, por não ser coerente com as definições de gênero socialmente ditas "normais", tornando-a mais vulnerável a diversos tipos de discriminação e violência, conforme apontam vários estudos internacionais e nacionais (KIDD; WITTEN, 2008; RAMIREZ-VALLE; MOLINA; DIRKE, 2013; BOCKTING et al, 2013; CARRARA; VIANNA, 2006). Essas atitudes estigmatizantes, indicam esses estudos, impactam negativamente a vida das pessoas *transgêneras, transexuais e travestis*, dificultando em relação às oportunidades de trabalho e de convívio social, crescimento econômico e educacional, etc., que deixam como consequência danos à sua saúde biológica, emocional e física.

Somando-se a essas consequências contraproducentes, ocorre uma constante patologização da sexualidade, uma vez que o desejo de uma identidade de gênero não normativa é tratada como doença, determinando as práticas de saúde, e as formas como a sociedade percebe a comunidade *Trans*. Este fato é constatado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5 (APA, 2013) como uma disforia de gênero, levando a que, no Brasil e em outros países, as

peças *Trans* que desejam realizar a cirurgia da transgenitalização e/ou de caracteres sexuais primários e secundários, tenham que se submeter a uma série de testes psicológicos e psiquiátricos a fim de fazer a confirmação do diagnóstico. A finalidade desses testes é aprovar a cobertura dessas petições pelas diferentes entidades prestadoras de serviços de saúde (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Este diagnóstico estigmatiza e atribui uma condição a uma pessoa, sem questionar seus aspectos histórico-culturais, políticos e subjetivos dessa psiquiatrização.

Da mesma forma, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) considera as pessoas travestis e transexuais como possuidoras de um transtorno da identidade sexual. E as primeiras também são consideradas nesta Classificação dentro da categoria de transtornos da preferência sexual, onde as suas transformações corporais e expressões de gênero são vistas como uma forma de fetichismo (WHO, 2010).

Embora a perspectiva da Associação Americana de Psicologia (APA) seja contra este fenômeno de psiquiatrização, e, ainda, forneça suporte para a implementação de leis de proteção, inserção, casamento e igualdade de direitos das pessoas *Transgêneras* ao redor do mundo (ANTON, 2009), considera-se que ainda falta realizar estudos que compreendam os diferentes fatos e dimensões que envolvem a vida dessas pessoas e comunidade. Existem lacunas na literatura que permitam indagar suas interações com o setor saúde, e, sobretudo no âmbito da percepção das/os usuárias/os sobre os serviços. Atitudes sociais nocivas como a discriminação, a transfobia e violências subsequentes, afetam as/os indivíduos/os *Trans* durante suas vidas. Estas experiências podem influenciar na forma como essas pessoas acessam

ou não os serviços de saúde e interagem com as/os profissionais da saúde.

Por outro lado, chama a atenção que a maioria das pesquisas em saúde na área da transexualidade tem se focado principalmente nas questões relacionadas com os procedimentos cirúrgicos da transgenitalização (ABRAHAM, 1998; PEROVIC; DJNOVIC, 2009; GODDARD et al, 2007), a saúde mental (BARBER, 2003; JONES; HILL, 2002; MAY, 2002) e o risco e infecção por HIV (BOCKTING; ROBINSON; ROSSER, 1998; BEATTIE et al, 2012; BOCKTING; ROSSER; SCHELTEMA, 1999; KENAGY; HSIEH, 2005; NEMOTO et al, 2004). Os enfoques anteriores continuam sendo uma questão crítica a estudar no subgrupo da população *Trans*, mas é importante abordar outra gama de problemas de saúde, assim como, estudos relacionados ao acesso aos cuidados e comportamentos em saúde e qualidade do atendimento.

Ainda, este estudo justificou-se pelo interesse da presente autora, como médica e pesquisadora da área da sexualidade, da necessidade de dar visibilidade às diferentes experiências das pessoas *Trans* na busca de atenção às suas necessidades em saúde. Uma outra justificativa referiu-se ao interesse em aprofundar o conhecimento sobre as identidades de gênero não hegemônicas, que permita contribuir para a diminuição do preconceito contra essas populações na sociedade. Do ponto de vista da saúde coletiva, acreditou-se na possibilidade de oferecer um conhecimento à comunidade *Trans*, de modo a contribuir para uma melhor compreensão de suas necessidades de saúde.

Finalmente, o estudo também buscou contribuir para a melhoria da relação de médicas/os, psicólogas/os, sexólogas/os, terapeutas, educadoras/es e serviços de saúde em geral com a população *Trans*.

### **3. MARCO TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA**

O conceito de sexualidade em suas diferentes formas de expressão e sua interação com o setor saúde fundamenta este estudo, por se tratar de um fenômeno complexo e multifacetado que requer ser observado através de diversos olhares para sua compreensão.

Se bem o enfoque desta pesquisa foi na população *Trans*, no marco teórico se teve em consideração também à população LGB. Isto foi feito pensando em que a população LGBT compartilha similares processos e experiências de discriminação e exclusão na sua interação com a sociedade em geral, como na atenção às suas necessidades em saúde e nas práticas de saúde. Igualmente, nas duas revisões da literatura feitas, foi necessária a inclusão das outras identidades, pelo fato de se encontrar pouca produção científica que incluísse à população *Trans*. No entanto, foram feitas considerações, quando foram necessárias, específicas para cada uma das identidades presentes na sigla.

Neste sentido, a continuação se apresentam primeiramente, as definições de Orientação Sexual e Identidade de Gênero e correlacionam-nas com os fenômenos da discriminação, estigma e preconceito e sua relação com a população LGBT.

Em seguida, aborda-se o conceito de violência estrutural a fim de compreender as relações que ocorrem entre a população LGBT e os serviços de saúde e, finalmente apresenta o estado da arte dos

conhecimentos sobre o uso dos diferentes serviços de saúde e a percepção sobre estes pela população LGBT.

### **3.1. Orientação sexual e Identidade de gênero**

A orientação sexual é um dos componentes da identidade sexual, a qual se concebe como um conceito complexo em processo de continua construção que abarca tanto a orientação sexual, quanto a identidade de gênero, o sexo biológico e a identidade sócio-sexual (RIDNER; TOPP; FROST, 2007; SADOCK; SADOCK, 2000). A orientação sexual é um tópico com diversas teorias respeito de sua origem. Entretanto, tendo em consideração os diversos estudos científicos nas diferentes áreas do tema, pode-se concluir que esta é o resultado de uma complexa interação entre os fatores ambientais, cognitivos e biológicos (KLEIN; SEPEKOFF; WOLF, 1985; PEPLAU, 1999; DAWOOD, 2000). Tem se definido como um padrão persistente de atração física, sexual ou emocional para: membros do sexo oposto (Heterossexual), do mesmo sexo (Homossexual) e dos dois sexos (Bissexual), dentro desta última categoria também se incluem as pessoas que se atraem por todos os gêneros/sexos (Pansexual) (APA, 2008).

Pesquisadores como Kinsey, *et al.* (1998a; 1998b), a descreveram ao longo de um continuum entre as categorias dicotômicas de homossexualidade e heterossexualidade. Esses estudiosos trazem um aporte teórico para a diferenciação entre atração, comportamento e identidade, entendendo esta última como a forma subjetiva de identificar-se com a orientação sexual pertinente. A escala de comportamento sexual de Kinsey, construída com o fim de explicar os resultados da sua investigação, mostrou que as pessoas não se

encaixavam nas categorias heterossexual ou homossexual pura ou exclusivamente (1998a; 1998b).

Este tipo de resultado tem se evidenciado em outras pesquisas, fazendo uma diferenciação e apontando para a discordância entre comportamento e identidade (MARRAZZO; STINE, 2004; DIAMANT et al, 1999; MARRAZZO, 2004). Por exemplo, no caso do imaginário de que as lésbicas tinham baixo risco de câncer de colo de útero e que, por isso, não há indicação de exames específicos por não terem relações sexuais com parceiros homens, algumas pesquisas apontam que aproximadamente 80% das entrevistadas auto-identificadas como lésbicas tinham tido relações sexuais com homens (MARRAZZO et al, 2001; RANKOW; TESSARO, 1998). Daí o uso, em várias pesquisas, das siglas HSH (homens que fazem sexo com homens), MSM (mulheres que fazem sexo com mulheres) e MSMH (mulheres que fazem sexo com mulheres e homens), HSHM (homens que fazem sexo com homens e mulheres), com a finalidade de categorizar por comportamento sexual e não por identidade sexual. Autodenominar-se com “x” orientação sexual é assumir uma identidade que está baseada em respostas psicológicas, valores culturais, expectativas sociais, entre outros (KINSEY, 1998b; PONSE, 1978). Trata-se de uma sensação subjetiva interna de si mesmo, que pode se compartilhar por meio de uma identidade social coletiva, no caso das diferentes ONG’s nomeadas de lésbicas, gays, bissexuais, etc.

Essa diferenciação é de suma importância para os serviços de saúde e é fundamental no presente trabalho, porque influencia os aspectos médicos e psicológicos dos cuidados em saúde. Resultados do estudo feito por Merighi, *et al.* (2010), apontam que os HSH identificados como heterossexuais eram 60% menos propensos a procurar o médico



regularmente, em comparação com os HSH identificados como gays ou bissexuais. Por outro lado, HSH que se auto-identificam como gays parecem ter maiores taxas de tabagismo em comparação à população geral, o que se tem associado aos altos níveis de estresse que sofre esta população pelo estigma e discriminação (RYAN et al, 2001; STALL et al, 1999; TANG et al, 2004). E estudos feitos com Afro-americanos HSHM tem reportado sexo sem proteção tanto com os parceiros masculinos como com os femininos (DODGE; JEFFRES; SANDFORT, 2008; HARAWA et al, 2008; LAUBY et al 2008). A forma como algumas doenças e/ou agravos à saúde como o HIV/SIDA têm sido construídos com um forte vínculo à homossexualidade, influenciam a consciência de risco nas pessoas que se auto-identificam como gays e/ou bissexuais. Esse fato tem gerado um estigma e preconceito que pode fazer com que algumas pessoas não assumam estas identidades por receio de serem discriminadas.

Embora não existe uma única questão que possa apreender toda a complexidade da identidade sexual, nas pesquisas na área um conjunto de perguntas seria necessário para coletar alguns dos dados sobre as diferentes dimensões desta, incluindo a atração, comportamento e expressão, e para analisar os processos de construção de e entre estes no nível individual e coletivo (HASELDON; JOLOZA, 2009).

Por outro lado, em relação à concepção de homossexualidade no âmbito da saúde, esta deixou de ser classificada como uma doença pela Associação Americana de Psiquiatria em Dezembro, em 1973, que contou também com o apoio da Associação Americana de Psicologia (APA). A APA no ano de 1975 adotou uma resolução declarando que a homossexualidade per se não era um transtorno psicológico, nem

implica um impedimento nas capacidades sociais e profissionais (CONGER, 1975). Essa Associação definiu a homossexualidade como uma variante normal, mutável da sexualidade humana (APA, 2008; CSA, 1982). Em 1995, o Manual Classificação Internacional de Doenças – CID, 10ª revisão, removeu o sufixo “ismo”, do termo homossexualismo, que significa doença no âmbito médico, e substituiu pelo “dade” que quer dizer modo de ser. Deste modo, legítima junto à APA, que a orientação sexual das pessoas não pode ser mais considerada um desvio emocional ou mental.

No Brasil, em 1984, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) aprovou uma resolução que considerava: que a “homossexualidade não implicava o prejuízo do raciocínio, da estabilidade e da confiabilidade ou das aptidões sociais e vocacionais”, se posicionando contra a discriminação e preconceito contra este segmento populacional (MOTT, 2003). Em 1985, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e, em 1994, a OMS tornariam sem efeito o Código 302 da CID (“Homossexualismo” classificado no como Desvio e Transtorno Sexual) (LAURENTI, 1984), e a fim de evitar a má prática médica devido a prejuízos e interesses individuais em 1999, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), emitiu uma norma que proíbe aos psicólogos tratar pessoas homossexuais como doentes mentais.

Continuando com as diversas formas de expressão da sexualidade, encontra-se o termo *Identidade de Gênero*. Na literatura define-se identidade de gênero como a sensação de conformidade de uma pessoa entre o seu sexo biológico e psicológico (TRUJILLO, 2007). Uma definição segundo Arán (2006), que denota uma concepção normativa e naturalizada do sistema sexo/gênero, sustentada por uma

matriz binária heterossexual. Para Lauretis (1987), o sistema sexo/gênero é tanto uma construção sociocultural quanto um artefato da linguagem que configura modelos conceituais sobre a base da comunicação e a cultura. Um sistema que representa e imprime às pessoas um significado, seja este significado uma identidade, um valor, um prestígio, uma posição na hierarquia social, entre outros. É evidente que este sistema guarda uma estreita associação com os fatores políticos e econômicos e configura uma série de valores, que determinam como uma pessoa é vista e conseqüentemente categorizada pelas/os outras/os.

Nesse contexto, ser homem ou mulher refere-se ao gênero, o qual, segundo Scott (1995), é histórica, social e culturalmente construído; por conseguinte, relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável e independente do sexo biológico. Portanto, em uma contínua modificação e reconstrução dos comportamentos, valores, atitudes e expectativas que norteiam como uma mulher/homem deve se comportar e como a sociedade deve tratá-los.

No entanto, a definição implícita tradicional de ser mulher/homem está baseada no sexo gonadal (genitália) e a construção social destas identidades de forma binária resulta ou representa esse status gonadal individual (KIDD; WITTEN, 2008), reforçando a ideia de sexo/gênero como uma entidade só, o que pode se evidenciar no contexto da saúde, no exemplo que traz WITTEN (2005), nas formas como na consulta médica, na maioria dos países, se pergunta rotineiramente o “gênero”, para se referir ao sexo biológico (gonadal) ao nascimento.

A persistência do paradigma de que a biologia é o destino e a contínua superposição destas duas entidades (sexo/gênero), junto com o

desejo, pode se explicar através da construção da Heteronormatividade como regime. Para Wittig (2006), feminista materialista francesa, o discurso dominante heterossexual oprime e invisibiliza em particular às mulheres, às lésbicas e os homens gays ao impor uma única sexualidade, sem permitir que as pessoas expressem e vivenciem outras novas. Esse discurso impregna a cultura, o social e/ou o político.

Igualmente, dentro dessa mesma lógica, está a cisnormatividade, a qual parte do pressuposto de que toda pessoa é cissexual, ou seja, aquelas pessoas que são assignadas com o sexo feminino ao nascer sempre tornam-se mulheres e aquelas assignadas com o sexo masculino, homens (BAUER et al, 2009). Do mesmo modo que a heteronormatividade, a cisnormatividade molda a organização social e cria resistência à existência de outras formas de Identidades/expressões de gênero. A construção deste termo visa, entre outras coisas, visibilizar o privilegio e legitimidade dados às pessoas não Trans ditas como “normais” (SERANO, 2007).

Pode se dizer que estes paradigmas não só oprimem à pessoa “desviante”, mas também, aquelas que são produto deste e/ou que estão alienados ao sistema como verdade única, uma vez que condicionam à sua existência a parâmetros herméticos, pouco ou nada refutáveis.

Em contraste com essa ideia unificadora do sexo/gênero, se visualizam às pessoas *transgêneras*, que se refere coletivamente a: Mulher-a-Homem ou Transhomem, Homem-a-Mulher ou mulher trans, bigênero (pessoas que se identificam com características tanto masculinas, como femininas), indivíduos travestis, entre outros. Pessoas que desafiam os papéis e normas rígidas de gênero e/ou adotam comportamentos de um "terceiro gênero" e/ou que se submetem a uma

terapia hormonal e/ou alguma(s) cirurgia(s) para ajustar o seu corpo à forma do sexo desejado (BOCKTING et al, 2013; ICRW, 2010; KENAGY, 2005). Para o Ministério da Saúde do Brasil, a/o *Transsexual* é aquela pessoa cuja expressão de gênero não corresponde ao papel social atribuído ao gênero designado para ela/ele no nascimento, abarcando as *travestis*, pessoas que estão em transito entre um gênero e outro; e as/os *Transgênero*, como indivíduos/os que têm uma identidade de gênero oposta ao sexo designado, e que pretendem fazer uma transição do seu sexo de nascimento ao sexo oposto com ajuda médica e hormonal, entre outras.

Destaca-se ainda a definição da *National Gay and Lesbian Task Force* – NGLTF (2000), referindo-se à sensação interna e profunda de ser uma mulher ou homem, ou alguma outra coisa ou no meio, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído à nascença. Tendo em vista que a identidade de gênero é interna e pessoalmente definida, não é visível para os outros.

Kulick (2008) faz uma diferenciação entre *transsexuais* e *travestis*, e descreve estes últimos como um fenômeno exclusivamente masculino, definindo-os como homens que não desejam serem mulheres, não querem tirar seu pênis, ou fazer alguma mudança no seu corpo para tal objetivo, mas que se auto-identificam como homossexuais. Para este autor a transformação que fazem as travestis têm o fim de captar a atenção do parceiro do mesmo sexo, elaborando esta mulher para se relacionar com homens, ou seja, em função da sua identidade sexual. Vale ressaltar, em contra ponto ao autor anterior, que a transexualidade e a travestilidade, são fenômenos complexos, contraditórios à regra cristalizada de uma sexualidade única, que expressam uma resposta a

essa classificação dicotomizada e naturalizada imposta para os gêneros (BENTO, 2008).

De acordo com Arán (2006), considerar a transexualidade como um fenômeno sem manifestações psiquiátricas, tipo distúrbios delirantes, e sem bases orgânicas, como nos casos de alguma anomalia endócrina ou morfológica, está fundamentada em dois dispositivos distintos: o primeiro refere-se ao avanço da biomedicina, especialmente no âmbito da técnica cirúrgica e ao progresso da terapia hormonal, que permitem que a adequação sexual demandada por esta população seja viável. E o segundo, denota da forte influência da Sexologia, na concepção de *Identidade de Gênero* como uma construção sociocultural, independente do sexo biológico.

Contudo, vale ressaltar que o termo de transexualidade tem sido utilizado dentro da população LGBT de diversas formas. Segundo o Coletivo Nacional de Transexuais, essa noção diz respeito a “homens e mulheres que vivenciam a transexualidade”, ressaltando o fato de não serem pessoas identificadas como transexuais, mas como indivíduos que sentem e afirmam ser do gênero contrário ao que lhe foi atribuído, desejando obter o reconhecimento dessa identidade, independentemente da modificação de sua genitália e da identidade sexual (ARÁN; MURTA, 2009). Outros grupos preferem utilizar a definição Homens trans e Mulheres trans, a fim de incorporar a transexualidade como definição de si, ou mesmo mostrando inconformidade com a perspectiva binária do gênero. E, ainda, um grupo minoritário que prefere a noção de transgênero para expressar a possibilidade de um cruzamento de gêneros (ARÁN et al, 2008).

As perspectivas anteriores denotam a complexidade das diferentes *Identidades de gênero*, embora estas no meio médico sejam vistas a partir de uma clara distinção e limitação conceitual, existem pessoas que transitam entre estas identidades, se deslocando destas definições concretas. Segundo Money (1969) isto pode ser devido à não existência de um processo específico de construção das identidades de gênero nos *Trans*, que seja fixo, inflexível, adequado às normativas de feminilidade ou de masculinidade. As diferenças entre estas identidades não são tão nítidas e estão em negociação constante.

Assim como a sexualidade, a trilogia: gênero, corpo e identidade são elementos mutáveis, dinâmicos e a identidade um fenômeno em contínua transformação, diferente ao paradigma atual de um gênero intrinsecamente invariável, dirigido a cumprir umas regras inatas de comportamento individual e social.

Tendo em consideração o anteriormente discutido, no presente estudo a definição da Identidade de Gênero surgiu a partir da interação com as/os participantes, enfocando-se e dando valor ao construto que a pessoa faz da sua identidade.

### **3.2. Discriminação e sua associação com a população LGBT**

A discriminação é um fenômeno crescente, amplamente estudado e relacionado com as formas de interação entre indivíduos e as características do contexto onde estas acontecem e, de suma importância, devido às suas consequências nos diferentes setores da sociedade. Na comunidade LGBT tem sido uma questão que vem ganhando visibilidade, especialmente devido às lutas pela igualdade de direitos humanos, assim como de saúde nesse contexto, reconhecendo que neste

âmbito específico, os efeitos trazidos pela discriminação, não são só consequências físicas, mas também psíquicas e de alto impacto, tornando-se por isso em um eixo das políticas públicas em saúde.

No entanto, o conceito de discriminação está estreitamente relacionado aos conceitos de estereótipo, estigma e preconceito. O estereótipo pode-se definir como categorias cognitivas que as pessoas utilizam para codificar, armazenar e recuperar a informação proveniente das suas interações com os outros (HAMILTON, 1986). De acordo com Mazzara (1999) tem se usado três variáveis para definir o estereótipo: o grau em que este é compartilhado por um grupo social e que, portanto, forma parte da cultura; a intensidade com que este é generalizado a todas/os as/os sujeitas/os do grupo objeto ou se considera exceção; e na medida em que este é rígido e inalterável ou é um fenômeno contingente cuja eliminação é possível. Destas variáveis vai depender o protagonismo do estereótipo, de tal forma que, aos membros de uma mesma cultura ou grupo social, consensualmente lhes serão atribuídas certas características, e aos integrantes destes grupos, identificados individualmente a partir dessas características distintivas, lhes serão automaticamente atribuídos o restante dos recursos que as pessoas acham que o grupo objeto tem, e serão tratados como tal nas interações sociais das que sejam partícipes (MIRIÉ, 2003). Sabe-se que um dos propósitos dos estereótipos é agilizar as relações sociais (BIERNAT; DOVIDIO, 2000), contudo correndo o risco de chegar a estabelecer e aplicar descrições equívocas, incompletas e inflexíveis de determinados grupos sociais, e portanto, de seus membros.

Por outro lado, o *estigma* é descrito por Goffman (1963) como um atributo profundamente desacreditador, dentro de uma linguagem de



relações, onde a pessoa com esse atributo questiona sua “normalidade”, e seu valor como ser humano. O mesmo autor explica que nem todos os atributos indesejáveis são *estigmas*, mas apenas aqueles que são incongruentes com o nosso estereótipo de como deve ser determinada pessoa ou grupo social (GOFFMAN, 1963). O estigma pode levar à discriminação daqueles indivíduos que possuem estes atributos, bem como, os estereótipos negativos podem se associar com atributos estigmatizantes.

Segundo Link e Phelan (2001), o estigma se configura como uma série de eventos inter-relacionados, que acontecem na medida em que o grupo dominante de uma sociedade não só, não reconhece as diferenças humanas, sejam estas verdadeiras ou não, como também as etiqueta como características indesejáveis, posicionando estas(es) indivíduos(os) numa categoria diferente, com um grau de separação entre “nós” e “elas(es)”. Em função dessas atitudes, pessoas estigmatizadas podem experimentar uma perda do status que as conduzirão às situações de desigualdade em diversos níveis da vida. Vale mencionar que o estigma é determinado e determina o acesso ao poder social, econômico e político, que permitirá e contribuirá na identificação das dissimilaridades, na construção dos estereótipos, e na separação das pessoas etiquetadas em distintas categorias. Finalmente, segundo os autores, o processo do estigma culmina quando essas diferenças desencadeiam diferentes formas de desaprovação, de rejeição, de exclusão e de discriminação (LINK; PHELAN, 2001).

Em relação ao preconceito, Mazzara (1999) o define como a existência de um julgamento que se estabelece antes de contar com a experiência sobre o objeto que se julga, seja ou não interpretado

objetivamente. Chamando-o de “julgamento errado” precisamente por proceder de uma análise incompleta da realidade, de caráter contraproducente, cujos objetos de julgamento são os grupos sociais. É importante ressaltar que a realidade é relativa, tem muitas vertentes e cada pessoa tem uma construção diferente da mesma. Portanto, essa apropriação da realidade na qual se baseia um preconceito é distorcida e dependente do contexto socioeconômico e da complexidade e subjetividade das relações humanas. Para Martins (1998), esta construção enviesada do *outro* (pessoa ou grupo), não está baseada em princípios reais, mas na configuração de uma relação na qual “sujeito e objeto dessa relação estão dissociados e as determinações do sujeito frente ao objeto são autoritárias, unilaterais e não passíveis de ser transformadas por esse *outro*”, sem levar em consideração os aspectos subjetivos, dinâmicos, e históricos do objeto.

Embora os conceitos de estigma e preconceito possam guardar diferenças entre si, para Phelan e seus colegas (2008) os representam, através de uma imagem figurativa, de um único “animal”. Isto se deve ao fato de que estes conceitos possuem processos sociais muito semelhantes que podem resultar em discriminação, incluindo a categorização e/ou etiquetagem, os estereótipos, e a rejeição social. Os mesmos autores desenvolveram uma tipologia das principais funções do estigma e preconceito: as baseadas na exploração e dominação, para subordinar as pessoas; as de aplicação à norma, para manter as pessoas em um enquadramento social; e as de doença e prevenção, para manter as pessoas afastadas da sociedade (PHELAN; LINK; DOVIDIO, 2008).

Nesse contexto, a discriminação pode ser definida como uma conduta culturalmente estabelecida e construída, sistemática e

socialmente generalizada, manifestando-se através de atitudes nocivas, julgamento ou trato diferenciado baseado no gênero, raça, classe social e/ou outras características da pessoa ou grupo. Isto é, a discriminação se realiza com base em um preconceito prejudicial ou um estigma relacionado com uma desvantagem imerecida, que tem como efeito, intencional ou não, a transgressão dos direitos e liberdades fundamentais das pessoas e/ou grupos-alvo (WILLIAMS; SPENCER; JACKSON, 1999; ZEPEDA, 2004).

Nessa mesma linha, para Gomez (2008), a discriminação e o preconceito gozam de certa cumplicidade social e de certo eco em determinados grupos sociais, pelo fato de serem atitudes contextualizadas, locais e situadas. O que explicaria a perpetuação destes fenômenos, seria o fato de serem vistos como uma forma de controle e de poder social.

Compreende-se que a discriminação pode variar em forma e tipo, dependendo de como esta é manifestada, por quem e contra quem. Entre as diversas formas estão: a institucional (ou organizacional), a estrutural (ou sistêmica) e a interpessoal (ou individual). A *institucional* compreende as políticas ou práticas discriminatórias, exercida por instituições estatais ou não estatais, a *estrutural* refere-se ao total das formas pelas quais as sociedades promovem a discriminação, e a *interpessoal*, às interações discriminatórias diretamente percebidas entre as/os indivíduos/os, seja nas suas interações com as diferentes instituições, ou como indivíduos/os, públicos ou privados (KRIEGER, 2000).

Diversas pesquisas têm apontado que a homofobia acontece tanto em espaços públicos (como ruas, estradas, escolas, instituições

públicas, hospitais e restaurantes) quanto em espaços privados (CARRARA, 2005; VENTURI; BOKANY, 2011). Dados no Brasil de 2011 apontam que 42,0% destas ocorrências aconteceram na casa da vítima (21,1%), do suspeito (7,5%), de ambos ou de terceiros, e 30,8% nas ruas (BRASIL, 2013). As consequências da discriminação são variadas e dependem do contexto onde ela ocorre. Alguns estudos têm associado a percepção da discriminação com determinados problemas de saúde tais como: hipertensão arterial, depressão, ansiedade e câncer de seio, entre outros, bem como um fator de risco para a obesidade, suicídio e abuso de substâncias (WILLIAMS; MOHAMMED, 2009; WILLIAMS; NEIGHBORS; JACKSON, 2003; ORTIZ-HERNÁNDEZ; TORRES, 2005). Estas consequências são explicadas através do modelo da discriminação como estressor social e as respostas fisiológicas decorrentes deste efeito (CLARK et al, 1999). No que diz respeito especificamente ao grupo LGBT, estes fenômenos têm se convertido em importantes problemas que impactam sobre a saúde desta população, e explicam as persistentes desigualdades de atenção a esse grupo nos serviços de saúde. O fato de estes não fazerem parte do padrão da hetero-cis-normatividade já lhes atribui um estigma ao se desviar do dito 'normal', e de um processo de rotulação (GOFFMAN 1963). Matos *et al.* (2010) assinalam que o estigma de ser homossexual denota uma marca na personalidade, a qual pode ou não ser ocultada, mostrando que a constituição de um sujeito pode ser manipulada de acordo com as situações sociais, variando de acordo com o contexto. No caso da orientação sexual, pode variar da invisibilidade à visibilidade, quando o sujeito se vê forçado a permanecer oculto para não ser demitido ou estigmatizado (BRASIL, 2004). Por outro lado, no caso das pessoas

*Trans*, incluindo também aquelas pessoas com expressões de gênero diversas associadas à sua orientação sexual, as transformações corporais e estéticas são parte importante da sua expressão e construção da identidade. Em consequência, ocultar essas marcas seria ainda mais complexo, mais difícil e em alguns casos não seria uma opção viável.

Já na década de 1960, o termo homofobia era empregado como sinônimo de atitudes e comportamentos ofensivos a gays e lésbicas. Em 1980, com o surgimento da AIDS, se inicia um processo de repatologização das sexualidades e de todas aquelas práticas diferentes da monogâmica-heterossexual, enquadrando as/os suas/seus praticantes em a categoria da doença física e moral da AIDS (MISKOLCI; PELÚCIO, 2009).

A homofobia (incluindo lesbofobia e bifobia) e a transfobia são definidas como um conjunto de crenças, opiniões, atitudes e comportamentos de agressão, desprezo e ridicularização contra as pessoas que se identificam com essa orientação sexual e/ou identidade de gênero, fundamentando-se nos estereótipos, no ódio e a não aceitação da diversidade humana. O Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis (BRASIL, 2008c), as conceitua como elementos derivados de uma cultura machista, sexista, heteronormativa e hegemônica. Essas atitudes e/ou comportamentos, etc., geralmente se revelam na convivência familiar ou escolar desencadeando uma série de barreiras e efeitos negativos para a autoestima, convivência e sociabilidade do sujeito alvo.

Segundo Carrara & Vianna (2006), no Brasil, as pessoas cuja sexualidade não heterossexual é mais evidente, mediante a exibição ou

incorporação de caracteres do gênero diferente ao sexo natal designado, a partir das transformações corporais que se submetem, são as mais afetadas pela violência e discriminação. Junto a esse conflito com a ordem social entre sexo-gênero, se associa um conjunto de estereótipos contraproducentes sobre a homossexualidade em geral, sendo a população *Trans* a mais afetada pela violência homofóbica por sua maior vulnerabilidade e evidente “diferença”. Em adição, esta população sofre uma forma extra de preconceito, o *cissexismo*, definido por Serano (2007), como a crença de que as pessoas com identidades de gênero *Trans* são inferiores, ou menos autênticas que as pessoas cissexuais.

É importante ressaltar que essas formas de discriminação, estigma e preconceito, e as ações decorrentes destes, não são só parte do fato de estas pessoas serem dissidentes da expressão sexual e de gênero, mas também ocorrem de forma conjunta com as outras formas de discriminação social (classe social, gênero, raça, etc).

Na relação entre a saúde da população LGBT e os fenômenos previamente explicados, desenvolve-se a interiorização da homofobia/transfobia entendendo-a como um processo psicológico de internalização da norma hegemônica hetero-cis-sexual. Segundo esta norma, a homossexualidade, transexualidade/travestilidade é um defeito, um desvio, uma anormalidade ou inferioridade. Isto determina a reação frente à orientação sexual/identidades de gêneros diferentes e traz como consequência que as pessoas tenham medo de se identificar desta maneira, pelo possível efeito de discriminação, exclusão ou estigma. Dessa forma, o medo e o silêncio consequente podem dificultar as relações interpessoais, inclusive a relação médica/o-usuária/o, o que reduziria o nível de confiança e, conseqüentemente, a oportunidade para

orientações direcionadas e esclarecimentos específicos (HEREK et al, 1997; WILLIAMSON, 1999).

O fato dessas pessoas terem que aparentar aquilo que não são para não serem estigmatizadas e conseqüentemente discriminadas, faz parte de como o paradigma hetero-cis-sexual as submete aos critérios de normas dominantes. Esta submissão às normas do grupo dominante, também se relaciona com uma das faces da opressão descritas por Young (2000), o imperialismo cultural. Esta fase explica como as expressões culturais do grupo dominante estão amplamente disseminadas, o que as transforma em expressões normais e universais, a partir das quais se constroem as diferenças para e com o *outro*, quem neste caso seria aquela pessoa LGBT.

Igualmente, estes fenômenos criam uma tensão psicológica, que afeta a saúde e o desenvolvimento apropriado da sexualidade (OPERARIO; SMITH; KEGELES, 2008). No segmento *Trans* da população adiciona-se o processo de marginalização que sofrem, sendo expulsas/os da sua participação útil na sociedade, tornando difícil a sua entrada no meio laboral, o que, considerando o paradigma econômico atual, teria repercussões na saúde e no acesso à mesma. No que se refere à saúde, este segmento precisa de um diagnóstico ou/e de um laudo médico para o acesso às suas necessidades em saúde decorrentes do seu processo de transição. Esse fato gera desconforto, e sofrimento mental, assim como, uma persistente desvantagem adaptativa e de exclusão social (ARÁN, 2006; ALDANA, 2005). Um diagnóstico que condiciona a autonomia da/o sujeita/o, em suas liberdades individuais, e na sua própria integridade física e psíquica, garantidas pelos Direitos Humanos.

Vale mencionar que na 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008d), a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde. Em outras palavras, como fatores associados e que vão influenciar a dimensão da saúde, com a importância de serem modificáveis e evitáveis. A intolerância, o estigma e a exclusão social relacionada à diversidade sexual são geradores de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde.

### **3.3. Violência Estrutural e atenção à saúde da comunidade LGBT**

De acordo com Minayo (MINAYO, 1994), entende-se como violência estrutural os comportamentos das diferentes estruturas organizadas e institucionalizadas (família, sistemas econômicos, culturais e políticos), que geram opressão para certos grupos, indivíduos, etc., aos quais lhes são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte. Esta é um tipo de violência indireta, mais difícil de visualizar, de identificar e de reconhecer os mecanismos que a explicam. Conforme assinala Galtung (2003) esta não precisa de uma forma direta de violência para ter os efeitos contraproducentes sobre as oportunidades de sobrevivência, bem-estar, identidade e/ou liberdade das pessoas.

Por sua vez, o termo permite introduzir os mecanismos do exercício do poder como causais dos efeitos deste tipo de violência. La Parra & Tortosa (2003) explicam como a injustiça social, a pobreza e a desigualdade não são unicamente resultados das dinâmicas produzidas nas relações econômicas, mas também, podem ser explicadas a partir da opressão político-cultural. Sendo utilizadas por estas entidades,



mecanismos como a discriminação institucional, e as legislações ou políticas excludentes.

No Brasil, o SUS parte da concepção da saúde como um direito universal, sendo dever do Estado garantir o acesso à saúde para toda a população, considerando as desigualdades e iniquidades existentes dentro da sociedade e criando respostas ou mecanismos para minimizá-las. Programas como Brasil sem Homofobia, lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais lançada pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASIL, 2004; 2008a), são pautas reivindicatórias do movimento LGBT e representam um avanço das políticas públicas para esses grupos, se comparados a outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Essas políticas têm como objetivo criar espaços e mecanismos para o atendimento especializado às vítimas de discriminação e violência por identidade de gênero ou orientação sexual, entre outras, de modo que o setor saúde reconheça as necessidades de saúde destes segmentos para além das questões referentes à epidemia da AIDS.

No entanto, apesar da criação destas políticas e programas, sua existência não garante sua execução, sendo que para isto é preciso de uma transformação social, cultural, política e econômica da sociedade, de modo que se reconheça e legitime as especificidades e necessidades destas políticas públicas. Nesse sentido, Parker (2001) destaca que as intervenções em saúde devem-se focalizar na atenção dos efeitos sinérgicos e interativos dos diferentes fatores sociais, tais como: pobreza, racismo, exclusão social, opressão sexual. Descrevendo e reconhecendo estes fatores como formas de 'violência estrutural', que estão

diretamente associados a uma maior vulnerabilidade social e individual. O mesmo autor explica como a heteronormatividade atua aliada a outras formas de violência estrutural gerando um ambiente hostil e não acolhedor. No seu estudo uma das entrevistadas refere um tratamento “padrão” oferecido para as mulheres, que pode ignorar a diversidade da orientação sexual (PARKER, 2009).

No Brasil, num estudo feito por Cerqueira-Santos *et al.* (2010) uma das participantes desse estudo refere como a médica, assume a heterossexualidade da sua parceira e por causa de um tratamento farmacológico endocrinológico, indica para a paciente a colocação de um dispositivo intrauterino (DIU) para evitar a gravidez. A mulher comenta que teve a obrigação de comunicar sua orientação sexual para a médica. Sob o mesmo ponto, Hutchinson *et al.* (2006) explicam como os padrões de cuidado, materiais de ensino e a linguagem utilizada nos ambientes de prática médica são muitas vezes baseadas em pressupostos heterossexuais, revelando condutas que atuam a partir da premissa de que a heterossexualidade é universal, superior, natural e requerida (STEVENS, 1995).

Do mesmo modo, a cisnormatividade operaria de forma similar à heterossexualidade obrigatória e compulsória, como estrutura dominante que permeia a educação em saúde, os serviços e as equipes. Esse fato é assumido pelas/os funcionárias/os e profissionais em saúde, como já discutido anteriormente, através do paradigma biomédico e em consequência à união e alienação entre sexo-gênero. Também evidencia-se esse fato na organização da estrutura física das unidades, hospitais, etc., com banheiros, cartazes de promoção e prevenção colados nas paredes, entre outros, com um enfoque não inclusivo desta

população. A invisibilidade da existência de identidades de gênero e sexuais diversas pode se efetivar como uma violência simbólica, recusando a legitimidade destas (BOURDIEU, 2000).

Esses tipos de condutas, ainda que não sejam identificadas como uma violência explícita, são pautadas numa estrutura social e cultural que ignora e transgride as diferenças e, portanto, legitima a atuação pouco sensível das/os profissionais da saúde às necessidades de saúde da população LGBT, dificilmente podendo oferecer uma atenção humanizada e de qualidade.

### **3.4. Uso e acesso da população LGBT aos serviços de saúde**

A revisão da literatura sobre os serviços de saúde procurados ou utilizados foi conduzida através de uma busca eletrônica, realizada nas fontes bibliográficas Pubmed, LILACS, Scielo, PsycInfo, Google Academic e Capes (Banco de Teses). Para isso, foi construída uma chave de busca, elaborada a partir da consulta ao tesauro da base, tentando incluir termos controlados na estrutura da mesma. Igualmente, foram incluídos termos livres, para que a chave apresentasse maior sensibilidade. As palavras chaves utilizadas foram as seguintes: “Health services”, “serviços de saúde”, “utilization”, “use”, “uso”, “lgbt”, “lesbian”, “lésbica”, “gay”, “homossexual”, “homossexual”, “bisexual”, “bissexual”, “transgender”, “transgênero”, “transsexual”, “transexual”, “cross dresser” e “travesti”. A pesquisa incluiu só os artigos publicados nos últimos 10 anos, não estabelecendo nenhum outro limite.

Esta chave resultou em 576 artigos, dos quais 14 foram incluídos nesta revisão. A seleção dos artigos foi realizada, através da leitura dos títulos e resumos e das listas de referência dos trabalhos

apreciados na íntegra. Os trabalhos incluídos na revisão foram estudos epidemiológicos, empíricos, que tinham dentro de seus objetivos, investigar o uso ou acesso da população LGBT aos diferentes serviços de saúde. As investigações onde as/os participantes não se autoidentificaram ou não foram identificadas/os pelas/os pesquisadoras/es ao longo do texto como Lésbicas, Gays, Bissexuais e/ou Transgênero, Travesti, Transexual, foram excluídas.

Os artigos selecionados para esta revisão estão apresentados no Quadro 1. A maioria das pesquisas foram realizadas nos Estados Unidos, publicadas em: *American Journal of Public Health* (3), *Substance Use & Misuse* (1), *Journal of Community Health* (1), *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* (1), *Psychiatric rehabilitation journal* (1), *Preventive Medicine* (1), e *AIDS Education and Prevention* (1). Dois foram realizadas no Canadá, e uma nos Países Baixos, Suíça e Brasil. Percebe-se que nos últimos 10 anos as pesquisas têm diminuído, para o 2004-06 (6), 2007 (2), 2008 (1), 2009 (3) e 2011-12 (2). A maioria dos estudos enfocaram a população GLB (Gay, Lésbicas e Bissexuais), e só dois tiveram como população de estudo pessoas Transgêneras (Homen-a-Mulher). Além disso, só 4 estudos diferenciaram em mais de dois os serviços de saúde utilizados, os outros estudos se enfocavam nos serviços em geral sem discriminá-los, ou no uso do médico geral, ginecologista e saúde mental. Os próximos parágrafos correspondem a uma síntese dos resultados dos artigos encontrados nesta revisão.

O uso de serviços de saúde tem sido sugerido de ser menor entre as pessoas da população LGBT do que entre pessoas heterossexuais, devido a uma falta de confiança no sistema de saúde. No

entanto, estudos de base populacional sobre as diferenças na utilização de serviços para o cuidado da saúde de acordo com a orientação sexual são escassos, e ainda mais a respeito das identidades de gênero não hegemônicas. Em contraste, Wang *et al.* (2007) encontraram que homens gays tinham significativamente maior probabilidade de ter consultado um provedor de cuidados à saúde nos últimos 12 meses (97,8% vs. 91,9%,  $p=0.00006$ , excluindo farmacêuticos) do que homens heterossexuais. Corroborando estes resultados, Bakker *et al.* (2006) reportaram que no último ano uma maior proporção de homens gays do que homens heterossexuais tinham consultado um médico clínico geral e ao médico especialista. No Canadá, Tjepkema (2008) reportou que os homens gays tinham maior probabilidade de ter consultado um médico de família, um médico especialista ou um enfermeiro nos últimos 12 meses. E Boehmer *et al.* (2012), inclui aos homens bissexuais na pesquisa, os quais tinham 2,5 vezes mais chance do que os homens heterossexuais de consultar ao médico no último ano, assim como, que homens gays e bissexuais com menos de 50 anos tinham 90% mais probabilidade de ter visto um médico no ano passado do que os heterossexuais da mesma idade.

Em relação à saúde do homem vale ressaltar que este dentro de seu contexto de masculinidade visualiza o uso dos serviços e dos cuidados à saúde como formas socialmente construídas de feminilidade (COURTENAY, 1999). No entanto, atualmente a noção de saúde carrega uma conotação moral, onde um bom cidadão é aquele que se preocupa por esta (WILLIAMS, 1998). Considerando estes dois fenômenos podem se encontrar homens gays que tentando se acomodar às exigências de masculinidade prestem pouca atenção à sua saúde,

assim como aqueles que para compensar seu status subordinado construam formas alternativas de masculinidade, que impliquem mudanças nas atitudes frente à sua saúde. Igualmente estas mudanças podem acontecer pela possibilidade da homoparentalidade e a necessidade de estar saudável pelo desejo de uma longa vida, bem como devido a serem os homens gays o principal grupo-alvo da prevenção do HIV/AIDS.

Por outro lado, estudos feitos com mulheres lésbicas também reportaram um maior uso dos serviços de saúde, em comparação com as mulheres heterossexuais. No estudo de Steele *et al.* (2006) 78,5% (IC: 74,7-82,0%) das mulheres lésbicas apresentaram uso regular dos serviços de saúde, Bakker *et al.* (2006) reportaram que as mulheres bissexuais tinham 2,98 (IC: 1,64–5,41  $p < 0.001$ ) mais chance do que as mulheres heterossexuais em consultar um médico geral nos últimos 2 meses. Contudo, o estudo feito por Heck *et al.* (2006) com 614 indivíduos envolvidos em um relacionamento com o mesmo sexo (Gay, lésbicas, bissexuais), reportou que as mulheres em um relacionamento homossexual tinham menos uso dos serviços de saúde e mais barreiras à utilização destes do que as mulheres num relacionamento heterossexual. Igualmente, no estudo de Tjepkema (2008), as lésbicas tinham uma menor probabilidade de ter consultado um médico de família ou médico geral nos últimos 12 meses em comparação com as mulheres heterossexuais (76,9% vs. 82,6%.  $p < 0.05$ ).

Considerando os resultados anteriores é pertinente apontar que a construção da saúde e de gênero não ocorrem de forma isolada de outras formas de estrutura social tais como o status socioeconômico, etnia, sexualidade, etc., pelo qual é necessário como aponta Bakker, *et al.*

(2006), para um melhor entendimento dos seus resultados, uma análise da percepção da saúde destas pessoas, o que vai permear à sua predisposição para o uso dos diferentes serviços de saúde.

Dois dos estudos fizeram uma associação entre a utilização dos serviços de saúde e auto-referir-se GLB, encontrando que existia uma maior utilização dos serviços por parte das pessoas cujo comportamento e identidade de orientação sexual eram concordantes (KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006). No caso de Merighi *et al.* (2010) onde 32,6% dos HSH identificados como heterossexuais reportaram ter um provedor de cuidados de saúde, comparado com o 63,6% dos HSH identificados como homossexuais ou bissexuais. No outro estudo comparou-se o uso dos serviços e a revelação da orientação sexual lésbica ao provedor de saúde, encontrando que um 84,2% (95% IC: 80,4-87,8%) das mulheres que revelaram a sua orientação sexual, reportaram um uso regular dos serviços de saúde, em comparação com o 66,4% (95% IC: 58,0 – 75,1%) das mulheres que não o fizeram (STEELE; TINMOUTH; LU, 2006).

Quanto ao uso de serviços específicos, no estudo de Barbosa & Facchini (2009) fizeram um enfoque meramente ginecológico e encontraram que a primeira visita ao ginecologista foi por causa das “convenções sociais de gênero” (1ra menstruação, a primeira relação heterossexual e a maternidade). Das 30 entrevistadas, 15 (43,3%) relataram acesso à consulta de ginecologia com regularidade anual. Esses dados corroboram os resultados de Matthews *et al.* (2004) onde mulheres heterossexuais relataram uma média maior de visitas ao ginecologista ao ano (0,68 vs.0,35  $p<0,05$ ), em comparação com as lésbicas. Sobre o uso de serviços preventivos, poucas relataram acesso

às informações específicas sobre prevenção às DTS/AIDS, e aproximadamente 40% da amostra referiu nula ou escassa realização do Papanicolaou (BARBOSA; FACCHINI, 2009). Este último resultado também se viu refletido em outras pesquisas, onde mulheres lésbicas e/ou bissexuais relataram um uso significativamente menor do teste do que as mulheres heterossexuais (TJEPKEMA, 2008; BOEHMER et al, 2012).

O parágrafo anterior encontra explicações em algumas pesquisas pela suposição da heterossexualidade na hora da consulta, que permeia ainda mais esta área da medicina, onde a saúde sexual tem se construído a partir desta suposição (ROSSER, 1992). Isso também dificulta a comunicação e interação entre a/o usuária/o e a equipe de saúde (RÖNDAHL; INNALA; CARLSSON, 2006). Os currículos da educação médica estão construídos com base nesta premissa, o que dificulta a tomada de decisões terapêuticas e/ou preventivas para com as pessoas que não abrange este paradigma (RÖNDAHL, 2010). Da mesma forma, também se assume que se a pessoa é lésbica nunca teve relações sexuais com homens (DIAMANT et al, 1999) e que, portanto, não tem risco para certos tipos de infecções. Ignora-se nesse caso dois aspectos: primeiro, que pessoas *Trans* também se identificam como lésbicas e, segundo, que mesmo que uma mulher só tenha tido relações sexuais com mulheres, existe um risco para HPV, ainda que este seja menor do que para o resto de DTS (MARRAZZO, 2004).



Na saúde mental, vários estudos apontam uma maior utilização destes serviços por parte de mulheres e homens gays, em comparação com seus pares heterossexuais (BAKKER et al., 2006; TJEPKEMA, 2008; RAZZANO et al, 2006). Por outro lado, Sánchez *et al.* (2007) em sua pesquisa sobre fatores associados ao uso da sala de emergências, encontraram que um 16,4% dos gays, lésbicas e bissexuais reportaram mais de duas visitas à emergência nos últimos 12 meses, incluindo como fator associado ao uso a saúde mental, com uma aflição significativa nos últimos 2 anos (70,18%  $p=0.001$ ). Já, Boehmer *et al.* (2012) reporta que em comparação com as mulheres heterossexuais, as lésbicas de 18 anos tiveram cerca de duas vezes mais chance de visita à sala de emergência. Dentro dos outros serviços estudados, chama-a atenção o uso da homeopatia/naturopatia com uma chance de uso 4,08 ( $P<0.05$ ) vezes maior nos homens gays, em comparação com os heterossexuais (WANG et al, 2007).

Em relação às mulheres transgênero, no estudo de Sanchez *et al.* (2009) feito com 101 participantes autoidentificadas como mulheres trans, 81% ( $n = 82$ ) relataram ter um médico geral, 55% ( $n = 56$ ) um profissional de saúde mental, e 6% ( $n = 6$ ) um endocrinologista. A pesar disso, 23% ( $n = 16$ ) relataram a utilização de uma fonte diferente ao médico para obter informação sobre hormônios. No outro estudo, 38% das mulheres trans procuraram atendimento médico nos últimos 12 meses. Em sua maioria tinham algum tipo de seguro (31% privado, 27% público e 42% não tinham). E mais de 95% relataram: observar, receber, ou participar de algum tipo de serviço de prevenção de HIV nos últimos 12 meses (HARAWA; BINGHAM, 2009).

A utilização dos serviços de saúde mental foi discutida em alguns artigos (TJEPKEMA, 2008; RAZZANO et al, 2006; SÁNCHEZ et al, 2007), como consequência dos diferentes estressores que pessoas LGBT podem enfrentar por pertencer a uma categoria social minoritária. Esses estressores são: o estigma, a discriminação (lesbo-bi-homo-trans-fobia) e o alto potencial de serem vítimas de crimes de ódio, os que podem se multiplicar quando o indivíduo representa simultaneamente algum outro grupo minoritário (raça, etnia, classe social, etc.). O estigma e a discriminação por si mesmos têm sido apresentados por alguns estudos como fenômenos que ao serem experimentados podem aumentar a vulnerabilidade para desenvolver transtornos no estado de ânimo e de ansiedade e, talvez com isso, contribuir para as maiores proporções de transtornos psicológicos (FIFE; WRIGHT, 2000; WRIGHT; GRONFEIN; OWENS, 2000; MARKOWITZ, 1998).

Encontrou-se pouca informação da preferência do uso dos serviços entre públicos e privados. Nos estudos que referiram o uso de especialistas, a grande maioria não especificava quais estavam inseridos nesta categoria. Chama a atenção os poucos estudos feitos com a população Trans, em especial com os trans-homens. Dentro das limitações, as mais apontadas nesta revisão estavam relacionadas numa primeira instância com o as inerentes ao delineamento empregado tipo transversal, e com a utilização de dados autorreferidos ou questionários face-a-face onde o entrevistador pode influenciar os entrevistados para dar as respostas socialmente mais desejáveis que as suas experiências reais (MERIGHI et al., 2011; TJEPKEMA, 2008; BOEHMER et al., 2012; HECK; SELL; GORIN, 2006; KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006; MATTHEWS et al, 2004; SÁNCHEZ et al., 2007; HARAWA; BINGHAM, 2009). E numa segunda instância, a dificuldade para acessar a este tipo de população afetando a sua representatividade, pelo tamanho da amostra e pela seleção por conveniência (MERIGHI et al., 2011; BAKKER et al., 2006; TJEPKEMA, 2008; HECK; SELL; GORIN, 2006; SÁNCHEZ et al., 2007; SANCHEZ; SANCHEZ; DANOFF, 2009; HARAWA; BINGHAM, 2009). Também é importante ressaltar uma limitação apontada por Heck *et al.* (2006) que foi a omissão da autoidentificação da orientação sexual por parte da/o participante.

Quadro 1 – Artigos sobre o uso e acesso da população LGBT aos serviços de saúde

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>	<b>País</b>	<b>Características da população</b>	<b>Serviço usado</b>	<b>Resultados</b>
Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil	2009	Regina Maria Barbosa & Regina Facchini	Caderno Saúde Pública	Brasil	20 MSM de estratos populares 10 MSM de estratos médios 18 - 45anos	Serviços Ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 relataram acesso à consulta de gineco com regularidade anual.</li> <li>- Papanicolau: 7 nunca; 5 uma vez (3 por protocolo de pesquisa).</li> <li>- Mulheres com antecedentes de uma marcada prática Heterossexual e bissexual referiram visita ao ginecologista uma ou mais vezes ao ano.</li> <li>- A primeira visita ao ginecologista foi a causa das "convenções sociais de gênero" (1ra menstruação, a primeira relação heterossexual e a maternidade).</li> <li>- Presença de uma relação entre atributos e posturas corporais autorreferidos com base em categorias como "masculina" ou "mais masculinizada" e menor frequência aos serviços de saúde ginecológicos.</li> <li>- Pouco uso da delegação da DST/AIDS pela noção de que a "AIDS não passa na relação entre mulher".</li> <li>- Poucas relataram acesso a informações específicas sobre prevenção as DTS/AIDS.</li> <li>- O 32,6% dos HSH identificados como heterossexuais reportaram ter um prestador de cuidados de saúde, comparado com o 63,6% dos HSH identificados como homossexuais ou bissexuais.</li> <li>- HSH que se identificaram como heterossexuais tem 60% menos probabilidade de ver um profissional de saúde regularmente.</li> </ul>
Substance Use, Sexual Identity, and Health Care Provider Use in Men Who Have Sex With Men	2011	Joseph R. Merighi, Deborah Chasser, Lena Lundgren and Hutison W. Imhiss	Substance Use & Misuse	USA	257 adultos HSH	Prestadores de saúde	

Factors associated with emergency department utilization by urban lesbian, gay, and bisexual individuals	2007	John Paul Sánchez, Susan Halpern, Carla Lowe, Yvette Calderon	Journal of Community Health	USA	360 participantes identificados como LGB, >18 anos.	<p><a href="#">Departamento de Emergência</a></p> <p>- O uso frequente do Dept. de emergência foi associado significativamente com: idade mais jovem (<math>p=0.008</math>), baixa educação (<math>p=0.008</math>), renda <math>\sim</math>\$50,000/ano (<math>p=0.003</math>), abuso por parceiro (<math>p=0.033</math>), uso do cigarro no último mês (<math>p=0.049</math>), uso de maconha no último mês (<math>p=0.046</math>), e história de asma (<math>p=0.001</math>).</p> <p>- Os fatores da saúde mental associados ao uso do Dept. de emergência incluíram: afiliação significativa nos últimos 2 anos (<math>p=0.001</math>), aconselhamento em saúde mental no último ano (<math>p=0.001</math>), medicação em saúde mental no último ano (<math>p=0.034</math>), e um desejo de tratamento em saúde mental (<math>p=0.007</math>).</p>
Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey	2007	Jen Wang, Michael Häusermann, Penelope Vouatsou, Peter Aggleton, Mitchell G. Weiss	Preventive Medicine	Suíça	477 Homens Gays e 477 homens heterossexuais >15anos.	<p>Vários Serviços de saúde</p> <p>- Homens gays foram significativamente mais propensos a ter consultado qualquer prestador de cuidados à saúde nos últimos 12 meses (97.8% VS. 91.9%, <math>p=0.00006</math>, excluindo farmacêuticos).</p> <p>- Entre as consultas dos últimos 12 meses os homens gays reportaram um maior número de visitas ao médico clínico geral (4,1 vs. 2.9, <math>p=0.0004</math>), especialista (7,7 vs. 3.5, <math>p=0.004</math>) e ao oftalmologista/optometrista (1,5 vs. 1,1, <math>p=0.02</math>).</p> <p>- Uma pequena maioria dos homens homossexuais expressou satisfação com os seus prestadores de cuidados de saúde</p>

Do homossexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a Dutch population survey	2006	Floor C. Bakker, Theo G.M Sandfort, Ine Vanwesenbeeck, Hanneke van Lindert, Gert P. Westert	Social Science & Medicine	Países Baixos	Homens: Heterossexuais (4140), Bissexuais (25) e Homossexuais (64). Mulheres: Heterossexuais (5138), Bissexuais (65) e Homossexuais (79).	Médico geral e especialista	- No último ano, uma maior proporção de homens gays do que homens heterossexuais tinham consultado um médico clínico geral e ao médico especialista. - Uma maior proporção de homens e mulheres gays tinham consultado, pelo menos uma vez na vida, a um profissional da saúde mental. - O uso de medicamentos também foi relativamente alto entre os homens gays. (medicina não prescrita no passado mês 57,8 OR:1,77(1,05-3,01), p<0,05).
Regular Health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors	2006	Leah S Steele, Jill M Timmuth and Annie Lu.	Family Practice	Canadá	489 mulheres lésbicas	Serviços de saúde em geral	- 78,5% (IC: 74,7-82,0, 0,0% 95%) da amostra relataram o uso regular dos serviços de saúde. - Das mulheres que tinham revelado sua orientação sexual ao provedor de saúde, 84,2% (95% CI:80,4-87,8%) reportaram uso regular dos serviços de saúde, em comparação com o 66,4% (95% CI:58,0 – 75, 1%) do uso nas mulheres que não o tinham feito.
Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female transgender Persons in New York City	2009	Nelson F. Sanchez, John P. Sanchez, and Ann Danoff.	American Journal of Public Health	USA	101 Homens-a-mulher sujeitos identificados como Transgênero.	Médico geral e de saúde mental	- Entre os 101 participantes, 81% (n = 82) relataram ter um médico geral, 55% (n = 56) um profissional de saúde mental, e 6% (n = 6) um endocrinologista. - 17% (n = 17) não tinham nem médico geral, ou um profissional de saúde mental. - 23% (n = 16) relataram a utilização de uma fonte diferente ao médico para obter informação sobre hormônios.

Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians	2008	Michael Tjepkema	Health Reports	Canadá	346.000 adultos identificados como gays, lésbicas ou bissexuais.	Vários Serviços de saúde	<p>- Em comparação com os heterossexuais, os homens gays tinham maior probabilidade de ter consultado um médico de família, um médico especialista ou um enfermeiro nos últimos 12 meses.</p> <p>- A utilização de assistentes sociais, psicólogos e conselheiros, prestadores de cuidados alternativos, e os grupos de autoajuda, foi alta nos homens gays.</p> <p>- Em comparação com as mulheres heterossexuais, as lésbicas tinham uma menor probabilidade de ter consultado um médico de família nos últimos 12 meses.</p> <p>- Menos de dois terços das lésbicas relataram ter tido um teste Pap nos últimos três anos (OR 0.52 (0.42-0.66), p&gt;0.05).</p> <p>- As mulheres com comportamento e identidade concordante tiveram maior utilização dos serviços de saúde, do que aquelas que tiveram comportamento e identidade discordantes. Entre as MSM, que se identificaram como lésbicas (concordante) foi maior a probabilidade do que as MSM identificadas como heterossexuais (discordantes) de terem se feito um teste de Papanicolaou, nos últimos 3 anos ou mamografia nos últimos 2 anos.</p> <p>- As mulheres que se identificaram como lésbicas tinham 3,5 vezes mais chance de relatar o uso de serviços de saúde mental em comparação com as heterossexuais.</p>
Health care access and utilization among women who have sex with women: Sexual behavior and identity	2006	Bonnie D. Kerker, Farzard Mostashari, and Lorna Thorpe.	Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine	USA	Mulheres entre 18 e 64 anos: 97% (2.465.883) identificadas como heterossexuais, 1,5% (39.433) como lésbicas e 1,5% (37.840) como bissexuais.	Vários Serviços de saúde	<p>- As mulheres com comportamento e identidade concordante tiveram maior utilização dos serviços de saúde, do que aquelas que tiveram comportamento e identidade discordantes. Entre as MSM, que se identificaram como lésbicas (concordante) foi maior a probabilidade do que as MSM identificadas como heterossexuais (discordantes) de terem se feito um teste de Papanicolaou, nos últimos 3 anos ou mamografia nos últimos 2 anos.</p> <p>- As mulheres que se identificaram como lésbicas tinham 3,5 vezes mais chance de relatar o uso de serviços de saúde mental em comparação com as heterossexuais.</p>
Predictors of mental health services use among lesbians and heterosexual women	2006	Lisa A. Razzano, Judith A. Cook, Marie M. Hamilton, Tonda L. Hughes & Alicia K. Matthews	Psychiatric rehabilitation journal	USA	120 mulheres: 63 lésbicas e 57 heterossexuais.	Serviço de saúde mental	<p>- As mulheres que se identificaram como lésbicas tinham 3,5 vezes mais chance de relatar o uso de serviços de saúde mental em comparação com as heterossexuais.</p>

Adult Health Behaviors Over the Life Course by Sexual Orientation	2012	Ulrike Boehmer, Xiaoping Miao, Crystal Linkletter and Melissa A. Clark	American Journal of Public Health	USA	Mulheres e Homens identificados como LGB (163;221)	Vários Serviços de saúde (Médico, emergência e Ca. de colon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulheres lésbicas e bissexuais relataram um uso significativamente menor do teste de Papanicolaou do que as mulheres heterossexuais.</li> <li>- Comparado com as mulheres heterossexuais, as lésbicas de 18 anos tiveram cerca de duas vezes mais chance de visita à sala de emergência, mas menos da metade de chance de ter tido o teste de Papanicolaou.</li> <li>- Homens gays e bissexuais relataram mais visitas ao médico em relação ao ano passado.</li> <li>- Homens gays têm maiores taxas de rastreio para câncer do colon do que os homens heterossexuais (OR 2,16 (IC: 1,24-3,75) p&lt;=0,001).</li> <li>- Os homens gays e bissexuais com menos de 50 anos tinham 90% mais probabilidade de ter visto um médico no ano passado do que os heterossexuais da mesma idade.</li> <li>- Mulheres heterossexuais relataram uma média maior de visitas ao ginecologista no ano passado [0,68 vs. 0,35, t (259) = 4,84, P &lt;0,05], em comparação com as lésbicas.</li> <li>- As mulheres heterossexuais reportaram um uso maior do teste Pap anual e cada 3 anos do que as mulheres lésbicas (49 vs. 66; 90% vs. 81%) P &lt;0,001].</li> </ul>
Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women	2004	Alicia K. Matthews, Dana L. Brandenburg, Timothy P. Johnson, and Tonda L. Hughes.	Preventive Medicine	USA	824 mulheres identificadas como lésbicas	Serviços Ginecológicos	



Exploring HIV Prevention Utilization among Female Sex Workers and Male-to-Female Transgenders	2009	Nina T. Harawa and Trista A. Bingham	AIDS Education and Prevention	USA	232 (104 profissionais do sexo feminino e 128 mulheres transgênero)	Serviços de saúde em geral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% das mulheres Trans relataram nenhuma fonte regular de cuidados de saúde.</li> <li>- 38% das mulheres trans procuraram atendimento médico nos últimos 12 meses.</li> <li>- 31% das Mulheres Trans têm seguro médico privado, 27% público e 42% não têm.</li> <li>- Mais de 95% das mulheres trans relataram: observar, receber, ou participar de algum tipo de serviço de prevenção de HIV nos últimos 12 meses.</li> </ul>
Health Care Access Among Individuals Involved in Same-Sex Relationships	2006	Julia E. Heck, Randall L. Sell and Sherri Sheinfeld Gorin.	American Journal of Public Health	USA	614 indivíduos envolvidos em um relacionamento com mesmo sexo (Gay, lésbicas, bissexuais) e 93.418 pessoas envolvidas em um relacionamento com o sexo oposto.	Serviços de saúde em geral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As mulheres num relacionamento homossexual (NRHomo) relataram menor uso de serviços de saúde e mais barreiras à utilização destes do que as mulheres num relacionamento hetero (NRHetero).</li> <li>- Resultados da regressão mostraram que as mulheres NRHomo tinham significativamente menos probabilidade de relatar ter visto um prestador de serviços médicos nos últimos 12 meses (OR = 0,66, IC = 0,46, 0,95 95%).</li> <li>- Os homens num NRHomo tinham 40% mais probabilidade do que os homens NRHetero em ter uma fonte usual de cuidados de saúde.</li> </ul>

### **3.5. Percepção da comunidade LGBT sobre os serviços de saúde**

A revisão da literatura sobre as percepções da população LGBT em relação com os serviços de saúde foi conduzida através de uma busca eletrônica, realizada nas fontes bibliográficas Pubmed, LILACS, Scielo, PsycInfo, Google Academic e Capes (Banco de Teses). Construiu-se uma chave de busca, elaborada a partir da consulta ao tesauro da base, tentando incluir termos controlados na estrutura da mesma. Igualmente, foram incluídos termos livres, para que a chave apresentasse maior sensibilidade. Numa primeira busca foram utilizadas as seguintes palavras chaves: “Health services”, “serviços de saúde”, “perception”, “percepção”, “lgbt”, “lesbian”, “lésbica”, “gay”, “homossexual”, “homossexual”, “bisexual”, “bissexual”, “transgender”, “transgênero”, “transsexual”, “transexual”, “cross dresser” e “travesti”.

Desta busca foram obtidos 140 artigos, dos quais nenhum cumpria com os critérios de inclusão, ou fornecia dados ao respeito. Devido a isto foi feita uma segunda revisão da literatura retirando a termo “percepção” e/ou “perception”, e limitando para os últimos 10 anos. Justifica-se o limite dos últimos 10 anos pelas mudanças legislativas significativas que ocorreram em muitas partes do mundo e as diferentes reivindicações desta população quanto à equidade e igualdade na saúde, e nos direitos humanos.

Esta segunda revisão resultou em 1156 artigos, dos quais foram incluídos 17 nesta revisão. A seleção dos artigos foi realizada, através da leitura dos títulos e resumos e das listas de referência dos trabalhos apreciados na íntegra. Os trabalhos incluídos na revisão foram estudos quantitativos ou qualitativos, empíricos, que tinham dentro dos seus objetivos, investigar a percepção dos usuários LGBT sobre os serviços

de saúde; também foi incluído um grupo de artigos que não tinham explicitamente a categoria de percepção dentro de seus objetivos, mas que forneceram dados que refletiam as interpretações dos diferentes estímulos e sensações vivenciadas no entorno físico e social das pesquisas. Estes dados são de importância para a pesquisa em questão, já que refletem as diferentes experiências que podem estar influenciando o acesso aos serviços de saúde públicos e/ou o uso de outros serviços de saúde com critérios de qualidade questionáveis, ou mesmo a automedicação. Por outro lado, investigações onde os participantes não se autoidentificaram ou foram identificados pelos pesquisadores ao longo do texto como Lésbicas, Gays, Bissexuais e/ou Transgênero, Travesti, Transexual, foram excluídos.

Os artigos selecionados para esta revisão estão apresentados no Quadro 2. A maioria das pesquisas foram realizada nos Estados Unidos, Canadá e Brasil, e o restante no Reino Unido, Austrália, Suécia, Noruega, Nova Zelândia e Portugal. Todos os artigos foram publicados em diferentes revistas, tanto no âmbito geral e específico da medicina (ginecologia, genética), como na enfermagem, na psicologia e na área de pesquisa qualitativa. De 2004 ao 2008 foram publicados 6 artigos em comparação com os 11 desde o 2009 até o presente ano. A maior parte das pesquisas enfocou-se na população lésbica exclusivamente, as outras tinham como população de estudo dois ou mais da sigla LGBT; cabe ressaltar que apenas uma pesquisa se enfocou exclusivamente em as pessoas transexuais, e só uma teve em conta as travestis. Das pesquisas que trabalharam com Trans, a grande maioria era com mulheres trans.

A percepção fornece um marco de referência para a interpretação e representação parcial do entorno. Neste sentido, esta é

respectivamente fonte e produto das evidências, uma vez que as experiências perceptuais proporcionam a vivência para a construção das evidências; ao mesmo tempo, estas percepções são confrontadas com a aprendizagem social donde os modelos ideológicos têm um papel importante na construção de elementos interpretativos que se concebem como a constatação da realidade do contexto (MELGAREJO, 1994). Para a qualificação das vivências a percepção é regulada de acordo com a estrutura de valores vigentes na sociedade, configurando um conceito importante na assimilação e acomodação da visão do mundo dos grupos sociais. Cabe ressaltar que esta mesma perspectiva da percepção será usada neste trabalho.

Neste sentido, com as atuais lutas pelos direitos humanos e em saúde da população LGBT, é de se esperar uma maior exacerbação dos sentidos por parte desta comunidade na hora de interpretar seu entorno, e que estejam mais alerta às interações com os serviços de saúde em geral, visibilizando atitudes e comportamentos, antes não percebidos, tanto contraproducentes, como positivos dentro destes serviços. A seguir são apresentados os resultados dos artigos encontrados nesta revisão.

Em relação à população lésbica, no estudo qualitativo feito por Cerqueira-Santos *et al.* (2010), estas destacaram as carências de uma intervenção específica para elas, reclamando a necessidade de deixar de pensar que o sexo é algo somente ligado ao pênis e, conseqüentemente, sexo seguro a partir do uso da camisinha masculina, expressando-o como um atendimento “padrão” que pode ignorar a diversidade. Devido a isto, estas relataram não se sentir identificadas com as campanhas e orientações de prevenção existentes, reclamando a falta de preparo dos profissionais e de conhecimentos sobre as práticas sexuais das lésbicas.

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, outro estudo destacou que o sistema de saúde era heteronormativo, se enfatizando só na questão da saúde reprodutiva, o que fazia que a população de estudo (mulheres lésbicas) se sentissem excluídas e marginalizadas (SEAVER et al, 2008). Esta hetenormatividade esteve também presente nos resultados de outros estudos onde as/os participantes expressaram que os diferentes provedores de saúde as/os assumiam como heterossexuais na hora da atenção (GLESSNER et al., 2012; ROSS; STEELE; EPSTEIN, 2006; BJORKMAN; MALTERUD, 2009), incluso um deste estudos a reportou através da linguagem utilizada (ROSS; STEELE; EPSTEIN, 2006). Na pesquisa feita por Neville e Henrickson (2006), 33,7% e 39,9% das 2209 pessoas LGB que responderam ao questionário, reportaram, respectivamente, ‘sempre’ ou ‘usualmente’, a presunção dessa identidade sexual por parte das/os suas provedoras/res em saúde.

Assim mesmo, no estudo qualitativo feito por Bjorkman e Malterud (2009), a maioria das 121 mulheres lésbicas entrevistadas expressaram que em decorrência dessa suposição, tinham que escolher entre intervir ativamente e informar a sua orientação sexual à sua/seu médica/o, ou passar passivamente como heterossexual. Inclusive, muitas delas se sentiram forçadas em revelar sua identidade sexual, muitas vezes, em situações de vulnerabilidade, como por exemplo, durante um exame pélvico, porque a/o médica/o insistia em uma explicação, ao considerar incoerente a combinação de uma mulher com uma vida sexual ativa que relata não precisar de um método contraceptivo e ao mesmo tempo não ter risco de gravidez. Nessa mesma pesquisa, um número de histórias revelou que as/os profissionais em saúde podem ter dificuldades nas orientações fornecidas às lésbicas sobre as DTS. Várias

delas foram informadas que o *screening* para câncer cervical (Papanicolau) não era necessário para usuárias lésbicas. Esses dados corroboram os resultados e análises feitas na revisão da literatura anterior, no caso do escasso uso da/o ginecologista por parte desta população. Igualmente, chama a atenção como no estudo de Boehmer & Case (2007) as mulheres tanto lésbicas como bissexuais, descreveram os homens médicos como perpetuadores de uma instituição/formação médico paternalista.

A respeito da percepção da discriminação, no estudo de Tracy *et al.* (2010), feito com 225 mulheres auto-identificadas como lésbicas, 64% responderam ter percebido discriminação por sua orientação sexual em algum destes locais: hospitais, clínicas públicas, postos de saúde, consultório médico e outros lugares prestadores de serviços à saúde. Igualmente, em outros estudos foram relatados os efeitos do conhecimento da orientação sexual por parte da equipe da saúde, no estudo de Matthews *et al.* (2004), das 824 mulheres lésbicas entrevistadas 34% reportaram que esta tinha um impacto contraproducente na qualidade de seus serviços de saúde, em comparação com 2% das heterossexuais ( $p < 0,001$ ). Em contraste, na pesquisa feita por Mosack (2013), das 354 mulheres que se auto identificaram como lésbicas, bissexuais ou ‘queer’, aquelas que relataram revelar sua orientação sexual para suas/seus provedoras/es de saúde, reportaram maior satisfação ( $p = 0,01$ ) e conforto para discutir questões da sua saúde sexual com esta/e. No entanto, os autores referiram na discussão que a satisfação com a/o provedora/or de saúde pode facilitar que se revele a identidade sexual e revelar a identidade

sexual pode influenciar na satisfação da/o usuária/o, ou seja, não há uma relação unidirecional destas duas variáveis.

Por outro lado, das 128 histórias analisadas por Bjorkman e Malterud (2009), a grande maioria descreveu a atitude da/o médica/o como desconfortável, prejudicial, ou abertamente condescendente, depois de saberem a orientação sexual da participante. Da mesma forma, poucas sinalizaram um interesse por parte das/os médicas/os em conhecer mais a profundidade sobre a saúde das mulheres lésbicas. As entrevistadas reportaram inclusive que algumas/uns médicas/os pareciam pensar que ser lésbica era igual a estar deprimida/o, ou que a orientação lésbica era a causa de todas as doenças e queixas que a usuária apresentava ou expressava.

Na pesquisa de Eady *et al.* (2011), as experiências negativas com as/os provedoras/es de saúde foram percebidas pelas/os participantes, neste caso bissexuais, como ignorância em torno à bissexualidade, julgamentos e patologização sobre sua identidade, ou um enfoque inapropriado na sua bissexualidade ao invés de se focar nas questões de saúde da consulta. E no estudo de Rondahl (2009), alguns dos 27 informantes autoidentificados como gays ou lésbicas disseram que tinham experimentado que membros da equipe de enfermagem consideravam a homossexualidade como anormal e patológica. Esse fato último também foi referido por Bjorkman e Malterud (2009), como resultado das experiências relatadas pelas participantes lésbicas com as/os psicoterapeutas.

Outro estudo feito por Lee *et al.* (2011), de lógica qualitativa, conduzido com 8 mulheres lésbicas, tinha como objetivo avaliar a experiência destas nos cuidados da maternidade, com ênfase na

interpretação das experiências negativas. Nos resultados, todas citaram como sensíveis e afetuosa os cuidados prestados pelas parceiras, sobretudo aquelas que tinham experiências prévias com mães lésbicas. No entanto, em relação às experiências negativas, algumas foram vistas como resultado das personalidades das/os profissionais da saúde ou organizacionais, e outras poucas perceberam que estas atitudes eram pessoais, mas tinham dúvidas se estas eram por sua orientação sexual. Estas dúvidas também foram relatadas por alguns gays e lésbicas do estudo de Rondahl (2009), que descreveram sentimentos de incerteza relativa à atitude distanciada da equipe de enfermagem e não excluía a ideia de que poderia ser por evitar contato com eles. Dentro da interpretação destas respostas feita pelos autores da primeira pesquisa, está a negação e a racionalização das experiências negativas homofóbicas, como mecanismos para manter a dignidade e a identidade pessoal, assim como parte de um processo de proteção nesse espaço ou entorno de maior suscetibilidade, que poderia afetar a interação com os serviços de saúde. Contrada *et al.* (2000) referiram que embora os membros das minorias estivessem motivados para a autoproteção a detectar a discriminação, também estavam motivados a ignorar evidências desta, através de um desejo de evitar falsos alarmes que poderiam quebrar as relações sociais e enfraquecer a satisfação com a vida.

Por outro lado, as populações Trans relataram nos diferentes estudos um forte preconceito e discriminação (homofobia, transfobia), nos serviços à saúde. Um dos pontos levantados pelas entrevistadas como um mecanismo para a falta de respeito, discriminação e exclusão foi a falta de uso do nome social, parte das/os profissionais de saúde,



causando situações de constrangimento com o uso do nome masculino e revelação pública sua transexualidade (CERQUEIRA-SANTOS et al, 2010; ROCHA et al, 2009; CARVALHO, 2009). Expressaram falta de sensibilização por parte das/os profissionais em relação às necessidades desta população, percebidas nas dificuldades para o vínculo/relação, médico/paciente de respeito e aceitação para manter posturas abertas, com a possibilidade de levantamento de dúvidas e de um atendimento apropriado (ROCHA et al, 2009; CARVALHO, 2009). Em contraste, na pesquisa de Rocha *et al.* (2009) e de Cerqueira-Santos *et al.* (2010), os travestis e transexuais perceberam um trato diferenciado e positivo nos serviços especializados para AIDS/HIV, com profissionais que são treinados para receber e compreender a partir de suas necessidades.

As diferentes populações dos estudos de Steele *et al.* (2006), Seaver *et al.* (2008) e Chapman *et al.* (2012), identificaram e consideravam que as/os provedores e/ou as equipes de saúde precisam de uma educação ou capacitação especializada para o atendimento deste tipo de população, com o fim de evitar barreiras na utilização dos serviços. Outro ponto que teve uma alta porcentagem nos resultados da pesquisa de Neville e Henrickson (2006), foi a importância da atitude da/o profissional de saúde em relação à identidade sexual no momento de ser escolhida/o como provedora/or da atenção primária da/o participante, o que revela o bom acolhimento e o respeito do profissional para evitar constrangimentos na interação e na atenção com a equipe.

Finalmente, é importante mencionar que no estudo de Cerqueira-Santos *et al.* (2010) e Rocha *et al.* (2009), os dois feitos no Brasil, a sua população do estudo refere que os princípios do SUS como

acolhimento e equidade, não estão frequentes no atendimento, e incluso que este último pode ser mal compreendido e gerar um efeito negativo para estes.

Dentro dos limites apontados pelos artigos, os mais frequentemente observados foram: a falta de representatividade da população estudada, devido aos métodos usados para o recrutamento dos participantes através de organizações LGBT ou simpatizantes e/ou espaços onde era provável encontrar esta população, onde só as pessoas que participam destes tiveram a oportunidade de ser recrutadas, e/ou o tamanho da amostra, que restringiu a possibilidade de generalização dos resultados (MATTHEWS et al, 2004; SEAVER et al, 2008; GLESSNER et al, 2012; ROSS; STEELE; EPSTEIN, 2006; EADY; DOBINSON; ROSS, 2011; RÖNDAHL, 2009; (LEE; TAYLOR; RAITT, 2011; CHAPMAN et al., 2012; NEVILLE; HENRICKSON, 2006). Estas limitações metodológicas são conhecidas por serem parte dos limites de trabalhar com populações de difícil acesso e/ou estigmatizadas.

Igualmente, em alguns estudos foi reportado como limite o fato de os dados serem autorrelatados, com o potencial de não serem reflexo da realidade do participante, ou de que suas respostas sejam condicionadas às socialmente aceitas (MATTHEWS et al, 2004; GLESSNER et al, 2012; TRACY; LYDECKER; IRELAND, 2010). No estudo de Mosack (2013), foi especificado o viés de informação, pelo fato de ser um estudo de corte transversal e ter feito perguntas com referência aos últimos anos. Vale ressaltar que as autoras de um dos artigos mencionaram como fortaleza, a sua orientação sexual e experiência profissional, como foram fatores que não só influenciaram o marco

teórico e a interpretação dos resultados, mas também o reconhecimento de certas experiências relatadas (BJORKMAN; MALTERUD, 2009).

Quadro II – Artigos sobre a percepção da população LGBT dos serviços de saúde

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>	<b>País</b>	<b>População</b>	<b>Resultados</b>
Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros; Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde	2010	Elder Cerqueira-Santos, Prisca U. Calvetti, Katia B. Rocha, Andreina Moura, Lúcia H. Barbosa, Júlia Hermei	Revista Interamericana de Psicologia	Brasil	24 LGBT: Lésbicas (6), Gay (8), Bissexual (1), HSH (1), transexuais (3) e travestis (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiste o estigma do gay e HIV ("gay no posto de saúde é adictoo").</li> <li>- Participantes HIV positivos avaliaram de maneira positiva os serviços de saúde ligas as Unidades Especializadas.</li> <li>- As participantes lésbicas destacaram: as carências de uma intervenção específica para elas, reclamando necessidade de pensar no sexo como algo não somente ligado ao pênis e, consequentemente, sexo seguro a partir do uso da camisinha masculina; e um atendimento "padrão" que pode ignorar a diversidade.</li> <li>- População lésbica, que não se identificam com as campanhas e orientações, reclamando da falta de preparo das/os profissionais e de conhecimentos sobre as práticas sexuais das lésbicas.</li> <li>- Segundo os participantes deste estudo, o conceito de equidade parece ser mal compreendido e aplicado, revertendo-se num efeito negativo para a população GLBT a partir do não reconhecimento das especificidades deste grupo.</li> <li>- Transexuais e transgêneras, relataram forte preconceito percebido pela insistência em não usar o nome social (feminino), causando situações de constrangimento com o uso do nome masculino e revelação pública da condição de "trans". O uso do nome social é um direito garantido pela Portaria 675 do Ministério de Saúde (2006).</li> <li>- A maioria das entrevistadas tinham</li> </ul>
La atención a la salud en	2009	Katia Banes	Qualitative	Brasil	8 participantes:	

<p>Brasil a partir de la percepción de travestis, transsexuales y transgéneros</p>	<p>Rocha, Lucia Helena Rubin Barbosa, Carolina Zambom Barboza, Prisla Ucker Calvetti Fernanda Torres Carvalho, Elder Cerqueira- Santos, Julia Schneider Hermel &amp; Andreina da Silva Moura</p>	<p>Social Research</p>	<p>Travestis (5) transsexuais (3)</p>	<p>experimentado situações de discriminação, homofobia e transfobia nos serviços de atenção à saúde. - Um dos pontos levantados pelas entrevistadas como um mecanismo para a falta de respeito, discriminação e exclusão foi a falta de uso do nome social, parte das/os profissionais de saúde. - Falta de sensibilização das/os profissionais da saúde frente ao nome social e ao atendimento em geral. Não permite um vínculo/relação de respeito e aceitação. - Percebe-se que o acolhimento e humanização não estão frequentemente presentes no atendimento recebido pelos pacientes. - Percebem um trato diferenciado entre os serviços especializados (AIDS/HIV) e os centros de atenção primária e hospitais, nos primeiros se sentiram acolhidas, valorizando as/os profissionais que são treinados para receber e compreender a partir de suas necessidades e usando os tratamentos adequados.</p>	<p>2011</p>	<p>How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: a hermeneutic study</p>	<p>2011</p>	<p>Elaine Lee, Julie Taylor &amp; Fiona Raitt</p>	<p>Journal Of Advanced Nursing</p>	<p>UK</p>	<p>8 Mulheres lésbicas.</p>	<p>- Todas citaram como sensíveis e afetuosos os cuidados prestados pelas parteiras, sobretudo aquelas que tinham experiências prévias com mães lésbicas. - Um número de participantes sugeriu que as experiências negativas foram o resultado das personalidades das/os profissionais da saúde. - Alguns das participantes perceberam que as atitudes negativas das/os profissionais eram pessoais, mas tinham</p>
--	--	----------------------------	---	--	-------------	--	-------------	---	--	-----------	-----------------------------	---

Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians	2010	J. Kathleen Tracy, Ph. D., Alison D. Lydecker, M. P. H., and Lynda Ireland, B.S.	Journal Of Women's Health	USA	225 mulheres auto-indeficadas como lésbicas.	<p>dúvidas se estas eram por sua orientação sexual. Mas o casal relatou que ninguém as tinha tratado como um casal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outra participante viu estas atitudes negativas como problemas organizacionais.</li> <li>- Uma das participantes percebeu diferenças nos cuidados pós-natais, referente ao exame físico.</li> <li>- 64% das entrevistadas responderam ter percebido discriminação por sua orientação sexual em algum destes locais: hospitais, clínicas públicas, postos de saúde, consultório médico e outros lugares prestadores de serviços à saúde. Estando em primeiro lugar o consultório médico, no segundo os hospitais.</li> <li>- As lésbicas relataram que sua orientação sexual tinha um impacto negativo na qualidade de seus serviços de saúde, em comparação com as heterossexuais. [34% contra 2%, <math>\chi^2(1, N = 589) = 7.11, P &lt; 0.001</math>].</li> </ul>
Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women	2004	Alicia K. Matthews, Dana L. Brandenburg, Timothy P. Johnson, and Tonda L. Hughes.	Preventive Medicine	USA	824 mulheres identificadas como lésbicas.	<p>- As principais preocupações dos pais incluíam: as atitudes negativas dos/ps profissionais de saúde, quando um dos pais era ignorado ou excluído do cuidado de seus filhos, a necessidade de "sair do armário" repetidas vezes, tendo que negociar com o sistema por causa de sua constelação familiar, encontrando homofobia, transfobia ou ambos em contextos de saúde e lidar com as burocracias que assumem que as pessoas são heterossexuais.</p> <p>- Os participantes perceberam a</p>
A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children	2012	Rose Chapman, Joan Wardrop, Phoenix Freeman, Tess Zappia, Rochelle Watkins and Linda Shields	Journal of Clinical Nursing	Australia	Sete casais de lésbicas, um casal gay e três casais em que um dos parceiros era transexual. Não bissexuais participaram.	<p>- As principais preocupações dos pais incluíam: as atitudes negativas dos/ps profissionais de saúde, quando um dos pais era ignorado ou excluído do cuidado de seus filhos, a necessidade de "sair do armário" repetidas vezes, tendo que negociar com o sistema por causa de sua constelação familiar, encontrando homofobia, transfobia ou ambos em contextos de saúde e lidar com as burocracias que assumem que as pessoas são heterossexuais.</p> <p>- Os participantes perceberam a</p>

						<p>necessidade de um treinamento mais sensível e consciente das/os profissionais de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As interações que nossos participantes perceberam como positivas foram aquelas em que as/os profissionais de saúde não os julgavam ou faziam suposições sobre eles e se concentraram sobre a razão para a procura de cuidados de saúde, ao invés do fato de que a família era de pais LGBT.</li> <li>- Alguns descreveram sentimentos de incerteza relativa à atitude distanciada da equipe de enfermagem e não excluíam a ideia de que poderia ser por evitar contato com eles.</li> <li>- Alguns informantes disseram que tinham experimentado que alguns dos membros da equipe de enfermagem consideravam a homossexualidade como anormal e patológica.</li> <li>- Alguns sentiram que o pessoal mais jovem era mais de mente aberta, pelo menos quando se tratava de pessoal feminino.</li> <li>- A maioria expressou se sentir marginalizada por um sistema de saúde que enfatizava a saúde reprodutiva e implicitamente assumia que todos os pacientes eram heterossexuais.</li> <li>- Expressaram a ideia de que as lésbicas se sentiam excluídas de saúde.</li> <li>- As participantes afirmaram que as parceiras foram muitas vezes excluídas do processo de cuidados de saúde nos casos em que um parceiro heterossexual teria sido incluído.</li> </ul>
Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing	2009	Gerd Rondahl	<u>Scandinavian Journal of Caring Sciences</u>	Suecia	27 pessoas auto-identificadas como gays (10) ou lésbicas (17).	
Healthcare Preferences Among Lesbians: A Focus Group Analysis	2008	Margaret R. Seaver, Karen M. Freund, Leslie M. Wright, Jennifer Tjia, And Susan M. Frayne.	Journal Of Women's Health	USA	22 mulheres auto-identificadas como lésbicas.	

Bisexual Peoples' Experiences with Mental Health Services: A Qualitative Investigation	2011	A. Eady, C. Dobinson and L. E. Ross	Community Mental Health Journal	Canada	56 bissexuais: Mulheres (30), Homens (25) e Trans (11).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estas identificaram a falta de educação especializada como uma barreira aos cuidados de saúde para as mulheres em geral e, especialmente, as lésbicas.</li> <li>- Mulheres perceberam que as/os profissionais que perguntavam para elas sobre a orientação sexual, estavam mais abertos às lésbicas.</li> <li>- As participantes perceberam que as/os profissionais de saúde poderiam ainda considerar a homossexualidade como uma doença mental, fato que evita que estas expressem sua orientação sexual a estes.</li> <li>- Participantes relataram experiências negativas com os provedores de saúde que estas perceberam como: ignorantes em torno à bissexualidade, que faziam julgamentos sobre sua identidade ou práticas sexuais, que patologizavam a bissexualidade, ou que se enfocavam em na sua bissexualidade inapropriadamente ao invés de se focar nas questões relevantes para a pessoa como paciente.</li> <li>- Algumas participantes descreveram o ambiente em suas clínicas de fertilidade como desconfortável para as mulheres, lésbicas e bissexuais. Em alguns casos, as mulheres tinham a impressão de que suas clínicas de fertilidade os atendiam não porque queriam ajudá-las, se não porque era sua obrigação e não tinham outra escolha.</li> <li>- No cuidado pré-natal, as mulheres do estudo reportaram heterossexismo, sobretudo na linguagem utilizada.</li> <li>- As participantes relataram só</li> </ul>
Service Use and Gaps in Services for Lesbian and Bisexual Women During Donor Insemination, Pregnancy, and the Postpartum Period	2006	Lori E. Ross, Leah S. Steele, Rachel Epstein, MA.	Journal of Obstetrics and Gynecology Canada	Canada	23 mulheres, lésbicas, bissexuais, dois-espíritos e queer.	



Regular Health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors	2006	Leah S Steele, Jill M Timmouh and Annie Lu.	Family Practice	Canadá	489 mulheres lésbicas	<p>experiências positivas com o cuidado das parceiras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As mulheres que consideravam que os provedores de saúde precisavam capacitação para se sensibilizar ao atendimento deste tipo de população, tiveram uma pontuação de positividade significativamente menor em comparação com as mulheres que não sentiam essa falta de capacitação adicional (0.51 contra 0.72, P &lt;0.001).</li> <li>- Perceber o provedor de saúde como positivo teve um efeito indireto com a utilização dos serviços de saúde, que foi mediado pela expressão da orientação sexual ao provedor.</li> </ul>
TRANSSEXUALIDADE Vivência do Processo de Transição no Contexto dos Serviços de Saúde	2010	Irene Palmares Carvalho	Acta Medica Portuguesa	Portugal	67 mulheres trans.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Do tratamento que os transexuais recebem por parte de profissionais nesta área: enquanto pessoas ou enquanto casos estranhos, casos patológicos ou casos desconhecidos.</li> <li>- Postura fechada, tratamento no gênero correspondente ao sexo de nascimento</li> <li>- Nas entrevistas: profissionais da saúde tinham dificuldades em produzir discursos genuínos e em manter posturas de abertura, com possibilidade de levantamento de dúvidas, ficando comprometida a relação de confiança, (tempo escasso que por vezes têm disponível para dedicar aos sujeitos, pouca sensibilidade ou pouca informação relativamente a questões de transsexualidade).</li> </ul>
Sexual Minority Women's Interactions with Breast Cancer Providers	2007	Ulrike Boehmer, Patricia Case	Women & Health	USA	39 mulheres lésbicas ou bissexuais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos homens foram menos desejáveis, porque as mulheres antecipavam barreiras de comunicação.</li> <li>- Em particular, as mulheres</li> </ul>

					descreveriam os homens médicos como perpetuadores de uma instituição/formação médico paternalista.
					- Elas argumentariam que a sua preferência por um médico femea tinha a ver com um maior conforto com as mulheres médicos, a sua percepção de que a comunicação seja mais fácil, incluindo a partilha de uma compreensão do corpo feminino e de estar em sintonia com os sentimentos da mulher.
Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services	2005	Stephen Neville & Mark Henrickson	Issues and innovations in nursing practice	Nova Zelândia	2269 participantes LGB, 46,2% era do sexo feminino e 54,5% masculino.
					- Tanto, homens como mulheres reportaram que a atitude do profissional de saúde sobre a identidade sexual era importante na hora de escolher seu provedor na atenção primária, embora a média para as mulheres (X=5,41, SD=1,821, n=1,014) foi significativamente maior do que para os homens (X=5,12, SD=1,989, n=1,225, p<0,01).
					- No que diz respeito aos pressupostos da/o provedor/a/o faz sobre a identidade sexual, as mulheres (83,2%, n=842) foram estatisticamente mais propensas do que os homens (65,8%, n = 804, P <0,001) em informar o pressuposto heterossexual.
					- De forma significativa mais mulheres (11,4%, n=64) do que os homens (6,1%, n=50, p<0,001) informaram que as/os profissionais de saúde ficavam desconfortáveis com a revelação da sua identidade sexual, embora em ambos os casos, o número foi bastante pequeno.
Sexual Identity, Identity Disclosure, and Health Care Experiences.	2013	Katie E. Mosack, Amanda M. Brouwer &	Women's Health Issues	USA	420 mulheres com idade média de 31,44 anos (DP = 11,32).
					-As mulheres lésbicas (incluindo as identificadas como outra minoria) reportaram se sentirem menos satisfeitas

<p>Is There Evidence for Differential Homophobia in Primary Care Practice?</p> <p>Andrew E. Petroll</p>	<p>2009</p> <p>Mari Bjorkman &amp; Kirsti Matternud</p> <p>Scandinavian Journal of Primary Health Care</p> <p>Noruega</p>	<p>121 mulheres lésbicas, 128 histórias foram analisadas</p>	<p>intervalo, 18-78). Aproximadamente metade das mulheres (55,7%, n = 234) se identificaram como lésbicas; 28,6% (n=120) identificou-se como outra minoria sexual (por exemplo, bissexual, pansexual, queer, etc), e 15,7% (n = 66) como heterossexual.</p> <p>- Uma série de histórias demonstrou como para as/os profissionais de saúde, aparentemente, assumem como obvio a heterossexualidade das usuárias. Algumas das entrevistadas tiveram que optar por intervir e informar ao profissional sobre sua orientação lésbica, ou passar passivamente por heterossexual.</p> <p>- Muitas informantes se sentiram forçadas em revelar sua identidade sexual, muitas vezes, em situações de vulnerabilidade, como por exemplo, durante um exame pélvico, porque a/o médico/a insistia em uma explicação, ao encontrar incoerente a combinação de uma vida sexualmente ativa, sem contracepção, e sem possibilidade de gravidez.</p> <p>- Foram reportadas um grande número de histórias positivas, e muitas informantes tiveram quase únicas experiências favoráveis com suas/seus médicas/os.</p> <p>- Um grande número das histórias</p>
---	---	--	---

<p>Are Genetic Counselors and GLBT Patients "on the Same Page"? an Investigation of Attitudes, Practices, and Genetic Counseling Experiences</p>	<p>2011</p>	<p>Heather Dean Glessner, Erin Vanden Langenberg, Patricia McCarthy Veach &amp; Bonnie S. LeRoy</p>	<p>Journal of Genetic Counseling</p>	<p>USA</p>	<p>29 participantes que se autoidentificavam como gay (5), lésbica (19), bissexual (5) ou transgênero (0).</p>	<p>desertas relatou como ao médico/havia sido percebida/o pelo participante como desconfortável, prejudicado, ou abertamente condenante após a sua revelação da identidade sexual. Alguns médicos tornaram-se esmagadoramente envolvidos na orientação lésbica. Outros/as, pareciam pensar que ser lésbica era igual a estar deprimido, ou que a orientação lésbica era a causa de todas as doenças e queixas que a participante apresentava.</p> <p>- Houve relatos de psicoterapeutas, informando para a participante que à sua orientação homossexual era patológico. Outros/as falaram para as mais novas que era uma 'fase' que depois iam virar heterossexuais.</p> <p>- Cerca de dois terços dos pacientes (n=19) relataram que seu conselheiro genético não presumiu que eles eram heterossexuais, 17,2% (n=5), informou que este fez essa presunção, e o 17,2% (n=5) não tinham certeza.</p> <p>- Quando perguntaram sobre os cuidados de saúde em geral, 58,6% (n=17) relatou que os profissionais de saúde sempre presumiam que eles eram heterossexuais.</p>
--	-------------	---	--------------------------------------	------------	--	--

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral**

Analisar as experiências de atenção à saúde das pessoas transgêneras, transexuais e travestis (*Trans*) nos diferentes serviços de saúde e suas percepções em relação a esses serviços.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Investigar as experiências de atendimentos das pessoas *Trans* de Florianópolis nos serviços de saúde na atenção à sua saúde em geral;
- Conhecer as percepções das pessoas *Trans* sobre os diferentes serviços de saúde.
- Investigar experiências de discriminação ou acolhimento no Sistema Único de Saúde e/ou em outros serviços de saúde.
- Identificar os tipos de atendimentos demandados e hábitos de automedicação da população do estudo.

## **5. METODOLOGIA**

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório (GIL, 1999). A pesquisa qualitativa compreende um conjunto de práticas interpretativas que englobam os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências e vivências e aos contextos relacionais onde estão inseridas (DENZIN; LINCOLN, 2000; DESLANDES; GOMES, 2004). Essa abordagem apoia-se na hermenêutica-dialética, que busca articular uma posição

direcionada para o consenso a uma direção orientada para o dissenso (MINAYO et al, 2005).

Na pesquisa qualitativa se empreendeu uma análise, em diálogo com a literatura, para dar a conhecer as experiências vividas e as percepções que têm as pessoas transexuais, transgêneras e travestis sobre os serviços de saúde e a atenção recebida no SUS. Considerou-se o conceito de percepção como um juízo ou opinião que se dá a partir de determinados estímulos físicos e sensoriais, posteriormente selecionados e organizados, obtidos de um ambiente físico e social (MELGAREJO, 1994). Esta proposta metodológica justificou-se pela necessidade de procurar conhecimentos profundos e significados pertinentes que estas pessoas dão às suas experiências na atenção oferecida pelos profissionais de saúde no SUS, assim como, pela dificuldade em ter acesso a este tipo de usuárias/os (ARÁN; LIONÇO, 2007).

A aplicação da pesquisa qualitativa em saúde possibilita analisar as formas em que um fenômeno se manifesta, e seus processos subjacentes. Igualmente, permite conhecer as diferentes opiniões do indivíduo e dos coletivos, assim como, conhecer quais são os elementos que se relacionam em cada um dos problemas investigados, e as estruturas simbólicas que possam existir entre estes. O foco do estudo foi nas influências e as relações culturais e sociais da saúde e da doença, que expressam as formas de pensar e agir das pessoas no âmbito das suas experiências cotidianas. E, finalmente, se pretendeu construir com conhecimentos que permitam contribuir para o planejamento das ações de saúde em uma perspectiva de inclusão social, buscando a participação dos grupos minoritários (MARTINS, 2004).

### **5.1. Seleção dos participantes do estudo**

A seleção das pessoas que participaram do estudo foi feita através de uma amostragem de conveniência, sem a pretensão de uma representatividade numérica, considerando-se: a escolha de sujeitos que possuíam a experiência e vivência relacionadas ao que se deseja estudar (PATTON, 1990) como pessoas transgêneras, transexuais e travestis de Florianópolis, SC, que tinham ou tiveram algum tipo de vínculo a grupos sociais organizados LGBT e/ou Trans.

Desse modo, a pesquisadora iniciou os contatos com sujeitos que participavam ou tinha algum vínculo com algum movimento organizado LGBT, considerando os atributos de serem pessoas abertas e comunicativas e que aceitassem participar do estudo.

Neste estudo, foram entrevistados sete (7) pessoas transgêneras, transexuais e travestis. As pessoas entrevistadas tinham entre 22 e 42 anos de idade. A grande maioria possuía um nível médio de escolaridade, 2 trabalhavam por conta de outrem, 1 como independente, 1 estava desempregado no momento, por escolha própria para se dedicar mais ao ativismo, mas recebia ajuda econômica familiar e 3 eram estudantes, que recebiam ajuda econômica através de entidades governamentais. Quatro das pessoas entrevistadas se auto identificaram como homens, duas como travestis e uma como mulher (Ver Tabela 1). Todas tinham ou têm algum tipo de vínculo com a militância e/ou alguma ONG's.

## 5.2. Instrumentos, procedimentos e análise dos dados

A coleta dos dados se deu utilizando-se entrevistas semiestruturadas (RUIZ, 1996). Instrumento que consiste num grupo de perguntas que derivam do problema investigativo, e que o estruturam. Ademais, esta possui a capacidade de permitir contraperguntar e/ou reorientar as perguntas, configurando o procedimento metodológico adequado para o tipo de informação que se procurava encontrar (VALLES, 1993). Estas foram realizadas em horários e locais escolhidos pelos entrevistados. Buscou-se estabelecer uma conversa com os pesquisados direcionada em torno de temas que focavam o objeto da pesquisa. Neste estudo foram abordados os temas: acesso à saúde através do SUS e/ou por serviços de saúde particulares; tipos de serviços e profissionais de saúde procurados; experiências com o SUS e/ou serviços de saúde particulares; práticas de automedicação; e sugestões para o SUS.

Utilizou-se um roteiro de entrevista composto por perguntas que buscaram, através de uma interação comunicativa dialógica, obter informações no que diz respeito às experiências das pessoas *Trans* sobre os serviços públicos de saúde na atenção à sua saúde em geral, assim como, a percepção desses usuários sobre esses serviços e o uso de serviços privados e/ou hábitos de automedicação (ANEXO I). Ao longo das entrevistas foi observado que as/os participantes respondiam parte das perguntas do questionário de informações sócio-demográficas (ANEXO II), desta forma optou-se por coletar essas informações também através da entrevista.

Os depoimentos foram tratados, utilizando-se o *método de interpretação de sentidos*, fundamentados na hermenêutica-dialética,



que visa interpretar o contexto, as motivações e as lógicas que permeiam as falas, as práticas e inter-relações entre grupos e instituições (GOMES et al, 2005). Assim, o caminho percorrido para a análise e interpretação dos dados compreendeu as seguintes etapas: (a) leitura compreensiva de todas as entrevistas, buscando a visão de conjunto e compreensão das singularidades; (b) identificação e recorte temático dos depoimentos sobre as seguintes questões: Procura o SUS e/ou outros serviços de saúde particulares; experiências não discriminatórias no SUS e/ou nos serviços particulares; experiências discriminatórias, de violência simbólica e/ou dentro da hetero-cis-normatividade no SUS e/ou nos serviços particulares; automedicação; cirurgias do processo transexualizador no SUS; uso de mercados “paralelos”<sup>1</sup>; e recomendações para o SUS; (c) problematização das ideias, noções e crenças explícitas e implícitas no material empírico; (d) interpretação dos contextos socioculturais à luz das motivações e explicações dos sujeitos pesquisados; (e) estabelecimento de um diálogo entre as informações de outros estudos acerca do tema e o referencial teórico do estudo.

Foi realizada uma observação descritiva do campo. A observação foi realizada nos diferentes contextos onde as entrevistas foram feitas com o fim de recolher informações a partir do contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado, no contexto das relações. Os dados de observação foram registrados sob forma de “notas de diário de campo”, abrangendo as percepções do pesquisador, expressões verbais e ações das/os entrevistadas/os (MINAYO, 2010).

---

<sup>1</sup> São mercados criados à margem dos mercados organizados e oficiais. Estes não têm uma organização, nem preços oficiais e públicos.

### **5.3. Considerações Éticas**

O presente estudo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme a Resolução CNS 466/12 que orienta sobre os princípios científicos e éticos, cujos dados foram coletados e utilizados somente no âmbito dos objetivos do mesmo, sendo as informações apresentadas de forma coletiva, sem nenhum prejuízo para as pessoas envolvidas, e sem fazer menção aos nomes das pessoas ou profissionais de saúde envolvidos no atendimento destes. Deste modo, todas/os participantes transexuais, transgênero e travestis que estiverem dispostos a participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE I). Igualmente, o estudo contou em conta as normas técnicas determinadas para este tipo de investigação, e tomou as medidas pertinentes para evitar qualquer risco ou dano dos participantes, orientando-as/os sobre serviços de saúde em geral e especializados próximos, onde elas/es podiam receber a ajuda e atendimentos necessários por profissionais.

Mediante a aceitação das/os participantes, foram agendadas as entrevistas individualmente, acordando previamente, o espaço onde iam ser realizadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue num primeiro momento para sua leitura individual, posterior a isto ao participante lhe foi informado e reiterado verbalmente da garantia do anonimato e da confidencialidade das entrevistas. Igualmente, foram informados e se solicitou licença para gravar a entrevista, esclarecendo que podiam solicitar que não fosse gravada, ou que a gravação pudesse ser interrompida a qualquer momento. A transcrição das entrevistas foi feita pela pesquisadora.

Para garantir o caráter sigiloso das informações, os depoimentos dos entrevistados serão codificados em letras escolhidas ao azar como se apresentam na Tabela 1.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As entrevistas foram realizadas em lugares escolhidos pelas/os próprias/os participantes. Dessa forma se pretendia que o espaço não fosse uma limitante, ao contrário, buscou-se deixar a/o participante o mais à vontade possível para se expressar. Os lugares foram diversos, sendo que a grande maioria das entrevistas foi realizada em espaços públicos, o que dificultou de algum modo a qualidade das gravações. A fim de minimizar essa dificuldade, quando a pesquisadora observava que o lugar era muito barulhento, buscou-se procurar outro espaço próximo mais tranquilo.

Com um dos participantes (H), aconteceram alguns problemas com o aparelho usado para a gravação, conseguindo-se salvar só uma parte da entrevista. Embora tenha-se resgatado várias das respostas através da escrita imediata das anotações do Diário de Campo, quisesse se realizar um segundo encontro. Por este motivo, o participante foi contatado novamente e informado dos problemas acontecido e ele respondeu positivamente. O segundo encontro foi tranquilo, a entrevista transcorreu sem nenhum imprevisto. As duas entrevistas com ‘H’, foram realizadas em espaços públicos fechados, no momento que se tinha muita gente ao redor o participante manteve uma tonalidade de voz baixa, ficando em silêncio quando a pessoa que atendia a nossa mesa se aproximava. Não teve nenhum problema em responder ao roteiro, não se

negou a responder nenhuma das perguntas feitas, a conversação foi fluída e agradável.

O encontro com as/o participantes ‘A’, ‘L’ e ‘T’, foi numa das sedes de uma ONG, e a diferença com as outras entrevistas, estas foram feitas numa das salas dali. Por conseguinte, o espaço era tranquilo, cómodo, não tinha muitas distrações e estava isolado das outras pessoas que estavam no lugar, permitindo uma maior privacidade. O encontro com ‘P’ foi no campus da universidade onde ela estuda, em várias ocasiões aconteceram interrupções por pessoas que se aproximaram para falar ou perguntar alguma coisa para ‘P’, mas em nenhum momento ‘P’ deixou de falar alguma coisa por conta de estarem essas pessoas ali. Pelo contrário, ‘P’ é muito conhecida e respeitada nesse espaço pelo seu ativismo na área.

Finalmente os encontros com ‘N’ e ‘H’ aconteceram em uma praça de alimentação e num restaurante de comida rápida, respectivamente. Ambos lugares estavam lotados. No caso da entrevista com ‘H’, procuramos um lugar o mais afastado e silencioso possível para fazer a entrevista. Esta foi bem rápida e concisa, mantendo sempre um tom de voz baixo e discreto. Com ‘H’ as coisas foram diferentes, porque não encontramos um espaço mais tranquilo, no entanto, ‘H’ não se importou por isso, ou pelas pessoas ao redor, sempre manteve um tom de voz médio-alto e a entrevista com ele foi bem mais extensa. Em relação ao tempo de entrevista, em média foi hora e trinta minutos por pessoa, no entanto, os primeiros encontros foram mais longos, por conta de serem as primeiras experiências com o roteiro e com o campo.

Participantes	Auto identificação	Idade	Escolaridade	Profissão	Orientação Sexual
H	Homem	22	Superior Incompleto	Estudante	Heterossexual
R	Mulher	30	Superior Incompleto	Estudante	Heterossexual
N	Homem	29	Superior Incompleto	Desempregado	Gosta de pessoas
A	Homem	30	Superior Completo	Empregado por conta de outrem	Heterossexual
T	Homem	42	Superior Completo	Empregado por conta de outrem	Bissexual
P	Travesti	26	Superior Incompleto	Estudante	Heterossexual
L	Travesti	28	Ensino Médio Incompleto	Empregada Independente	Pansexual

Tabela 1: Dados sócio-demográficas das/os participantes

À continuação serão descritas e discutidas a partir das quatro categorias construídas, os resultados das análises das entrevistas. Partindo do fato de que poucas das pessoas entrevistadas usam exclusivamente o SUS ou os Serviços privados, em cada subitem vão ser abordados os dois serviços. Numa primeira parte teremos os resultados derivados aos relatos sobre o acesso e diversas experiências percebidas e relatadas pelas/os entrevistadas/os sobre os serviços, mas percebidas como não discriminatórias. Igualmente, serão descritos os tipos de serviços, consultas, especialistas procurados e se for o caso, motivos pelos quais preferem um ou outro serviço. Numa segunda parte serão descritas as experiências que descrevem algum dos tipos de discriminação e/ou violência estrutural previamente discutidos; num terceiro momento se abordará a pratica da automedicação, as cirurgias e o uso do mercado “paralelo”, de forma geral, mas com ênfases no referente ao processo transexualizador. Finalmente, fecharemos este capítulo com as considerações e sugestões das/os entrevistadas/os para o SUS.

## **6.1. Acesso e experiências das pessoas *Trans* com os serviços de saúde**

A grande maioria das pessoas entrevistadas não fazem uso dos serviços do SUS atualmente. Algumas delas relataram usá-los só em situações específicas, como no caso de vacinação ou teste para HIV. As pessoas que referiram fazer uso constante dos serviços do SUS, o utilizam em casos de gripes, dores ou qualquer outro mal-estar que tenham. Uma delas devido aos seus antecedentes médicos, os usa frequentemente para o acompanhamento destes e uma outra delas refere seu uso nos casos anteriores mas só para pegar os medicamentos previamente receitados.

Das pessoas que não fazem uso dos serviços do SUS ultimamente, só duas delas tem plano médico. Do resto, uma usa os serviços de saúde da universidade e outra utiliza um tipo de serviço que faz agendamento de consultas em entidades/médicos particulares. O uso destes serviços por parte delas é muito restrito, a grande maioria das vezes foi relatado seu uso para marcações específicas com especialistas, como endocrinologista e quando se sentiam muito doentes. Os outros serviços relatados usados foram: ginecologia, pneumologia, oftalmologia e psicologia.

Embora só poucas das pessoas entrevistadas façam uso dos serviços do SUS, nos relatos pode-se constatar que todas alguma vez tiveram contato com estes. Igualmente, algumas das pessoas que fazem uso atual destes, já tinham tido com anterioridade algum plano privado de saúde, que deixaram de usar por falta de recursos econômicos para pagar a mensalidade.

Entre os motivos dados à falta de uso dos serviços do SUS, uma das entrevistadas negou o seu uso por ter “uma burocracia que constrange” (R), referindo-se ao atendimento tardio das suas necessidades na marcação de consultas e ou exames. Cabe ressaltar, que estes problemas atingem à população Brasileira em geral (BRASIL, 2003), tendo em consideração que o SUS é um sistema “novo”, ainda uma reforma social em construção, tem seus limites e falhas na organização e gestão. No entanto, é importante ressaltar que estes problemas podem potencialmente estar presentes de forma mais influente nos grupos sociais mais vulneráveis, como no caso das pessoas *Trans*.

O problema anterior também foi relatado por outras/os participantes, um deles se mostrou preocupado e indignado pelas pessoas que tinham que esperar vários dias, até meses para agendar uma consulta com um especialista, ou uma cirurgia, exame, etc. Expressando que já no momento da atenção, a pessoa poderia estar com outras consequências derivadas do desfecho em saúde que suscitou a consulta.

*"Eu acho ele arcaico e mentiroso e aquilo doe. Eu acho que ele faz que quem precisa uma ajuda fique ali esperando, como que não existe, é assim, já pensou que está 20 anos 10 anos esperando numa fila, até ai, vira penitencia. " "[...] tipo você já vai ter quantidade de problemas, mais sérios, que podem prejudicar [...]" (A)*

As consequências nesses atrasos nos atendimentos e na marcação com as/os especialistas, entre outros, não só fazem com que as

pessoas que tenham os recursos econômicos procurem outros serviços, mas também acarreta consequências na saúde destas.

*“[...] até para as coisas mais simples tens que agendar um horário. Então, vou faço por conta própria, medicação própria, ou então quando tenho dinheiro, quando tem condições vou por particular [...]” (R).*

Segundo Campos (2007), a Estratégia de Saúde da Família vem sendo implementada de forma desarticulada com o restante do sistema, existindo pouca relação entre atenção primária e especialidades ou hospitais. Esse fato se traduz em, a um sistema de atenção à saúde fragmentado, não existindo uma comunicação adequada entre a atenção primária e os demais níveis de atenção. Isto não vai permitir um atuar equilibrado e em rede sobre as condições agudas e crônicas em saúde das/os usuárias/os, nem prestar uma atenção contínua à população. Por outro lado, o CEPAL (SANTOS et al, 2014) em um dos seus informes, apresenta como causante das largas filas para receber algum tipo de atendimento no SUS, à ausência de estratégias para a monitorização sistemática dos prazos de espera para internações, consultas ou exames, e nem para o tamanho das filas para esses procedimentos, salvo no caso de transplantes de órgãos. Ao não existir organização e comunicação, é difícil controlar e administrar esses serviços e atendimentos, e ao mesmo tempo, a pessoa que precisa esse serviço não tem um acompanhamento do fluxo e do tempo de espera da data deste, etc.

Por outro lado, no referente aos serviços no hospital, “A” relatou, em emergência, um atendimento demorado, “cinco horas



passando mal numa cadeira”. Para aquele momento já tinha plano de saúde mas referiu que não conseguiu fazer uso deste naquele dia porque estava muito longe da unidade mais próxima e tinha sofrido um acidente que não dava para esperar. Nessa mesma linha, “P” descreveu o atendimento na emergência do hospital, como ruim e nada acolhedor. Por motivo da doença pela qual a entrevistada estava consultando, foi receitada uma injeção intramuscular, a qual, explica “P”, foi aplicada de forma abrupta, em um lugar não propício para aquilo.

*“[...]eu já fui num hospital, mesmo de emergência, e é assim horrível, horrível assim, foi um atendimento muito rápido, de cadeira [...] daí me põem em pé de qualquer jeito, ali, em qualquer canto e pa, pa, pa [...]” (P).*

Devido a vários fatores, entre estes, ao modelo de saúde ainda ser “médicocêntrico”, as unidades básicas por exemplo, ao chegarem ao seu limite de consultas com a/o profissional médica/o param de acolher e atender às/aos usuárias/os (MARQUES et al, 2007). Estas pessoas que não recebem atenção por um lado, podem ser encaminhadas/os pela mesma unidade para outros serviços, entre estes o emergencial, ou recorrer a este como única possibilidade de acesso para a atenção às suas necessidades (OLIVEIRA et al, 2011). Esse fato, vai causar uma sobrecarga da emergência, suscitando várias das consequências ditas pelas/os entrevistadas/os; a longa espera e ser atendidos num espaço restrito e próximo às outras pessoas e profissionais do lugar. Estas situações limitam o adequado atendimento e submetem às pessoas que estão na espera ou sendo atendidas, a constrangimentos físicos e morais,

violando seu direito à privacidade, autonomia e a uma atenção adequada, entre outros (COSTA, 2005).

Por outro lado, em várias das entrevistas foram relatados a ideia da baixa credibilidade no SUS, descrevendo-o como um sistema que tem pouca capacidade de brindar os cuidados e atendimentos adequados para satisfazer às suas necessidades em saúde.

*“[...] acho que dentro das minhas condições de saúde eu não sei se seria bom para mim, porque eu tenho um problema no pulmão e tal, além da questão da transsexualidade. Então eu preciso um acesso, de um pronto atendimento melhor do que o SUS oferece agora, principalmente relacionado a essa questão de pronto atendimento, emergência e tal [...]” (N).*

Fatores como estes, como também o fato do SUS não ter na região outros serviços ou centro de especialistas, foram apresentados como motivos para o uso de serviços particulares, como o plano de saúde.

*“[...] com plano eu sei porque assim, eu ainda não acredito que o SUS tem o mesmo patamar de atendimento e até de acolhimento mesmo, que um plano particular, entendeu. Eu ainda não vejo o SUS com esse potencial todo” (N).*

Igualmente, um dos entrevistados comentou sobre a opção e facilidade à hora de querer mudar de médica/o, como uns dos motivos pelos quais faz uso do plano:

*“[...] e quando não gosto, tem mais de uma clínica, eu mudo, eu atravesso a rua, e ali tem outra. [...] quando eu não gosto de um médico, eu mudo. Quando eu não me sinto seguro com a resposta ou remédio que um médico me deu [...]” (A).*

Este colapso na credibilidade no SUS é consequência dos diferentes fatores previamente abordados e explicitados, assim como também de outros derivados da transição de paradigmas biomédicos e da organização da atenção, que está vivendo o país. Estes podem em alguma medida, gerar uma desestruturação da atenção básica em alguns sistemas locais de saúde. Um estudo feito na região metropolitana II do Rio de Janeiro, que analisou os constrangimentos ao alcance da integralidade da atenção à saúde, encontraram que nessa região ainda prevalece a cultura hospitalocêntrica devido à falta de credibilidade na organização da estratégia saúde da família e à valorização de atendimentos especializados em detrimento da prevenção e promoção à saúde (SENNA; COSTA; SILVA, 2010). Embora, tenham-se evidenciado alguns dos fatores que desestruturam a atenção no SUS, é necessário fazer maiores pesquisas ao respeito que possam esclarecer e aprofundar dentro da organização e gestão deste, que não foram de competência nesta pesquisa.

Por outro lado, é importante ressaltar que também foram relatados momentos de acolhimento, tanto no SUS, como nos serviços privados/particulares de saúde. Em uma das experiências a entrevistada comentou se sentir acolhida ao perceber que a médica da unidade básica se interessava por ela, considerando às suas preocupações e inquietações

sobre saúde, assim como, às suas necessidades como mulher trans. Como ela o expressou:

*“[...] ela é ótima, ela se preocupa, sim, se preocupa em pesquisar além do conhecimento dela” (P).*

De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) (PIOLA et al, 2009), a/o médica/o de saúde da família não pode se limitar ao atendimento ambulatorial convencional. Seu papel como membro da equipe, de ser proativo na promoção e prevenção de doenças, com atividades tanto individuais, como coletivas com a comunidade que atende. É a educação o que leva ao cuidar e o reconhecimento do outro o que leva à educação.

Finalmente, um dos entrevistados ressaltou que no SUS não tudo deve ser visto entre um extremo ou outro, comentando que este tinha tanto coisas por melhorar, como profissionais dispostas/os para ajudar, como foi relatado numa das suas experiências com o SUS:

*“[...] ai eu cheguei lá todo arrebitado, isso foi faz tempo, há dois anos atrás, eu cheguei lá e elas, não tinha documentos, e tipo passei por isso, e elas são maravilhosas, tipo as psicólogas do hospital, nem sabiam que existiam, elas me acalmaram, um trabalho maravilhoso, não me lembro o nome delas, mas incríveis” (A).*

### **6.1.1. Experiências relacionadas com o Processo Transexualizador**

No que se refere às diferentes experiências em saúde derivadas da procura dos procedimentos e/ou terapias associadas ao processo transexualizador, a grande maioria referiu insatisfação e desconforto ao

ter que esperar entrar e ficar numa fila por um tempo indeterminado para conseguir realizar a cirurgia de transgenitalização ou outras intervenções como a mastectomia, histerectomia, etc.

*“[...] daí pode ficar até um ano, tipo você já vai ter quantidade de problemas, mais sérios, que podem prejudicar, para mim já não serve, porque daqui a um ano tenho que fazer a minha cirurgia, então não faz sentido eu esperar 3, 4, 5 anos, sorteando também, não faz sentido para mim” (A).*

O problema dessas filas radica na incerteza que se cria pela falta de comunicação e organização dos serviços do processo transexualizador, de tal forma que várias das pessoas entrevistada não sabem o total nem a posição que têm na fila, nem como esta está organizada e ao procurar informação, as/os funcionárias/os também não responderam com muita clareza os seus questionamentos. Atualmente no Estado de Santa Catarina, não existe um centro/ambulatório especializado e credenciado no processo, como prevê a portaria N° 2.803, de 19 de novembro de 2013(\*), não obstante, há indicações que alguns serviços são oferecidos.

*“[...] me encaminharam para uma fila dizendo que tem uma fila no HU no Hospital Universitário, e foi criado um ambulatório especializado e isso e ou outro, em essas questões, no entanto eu sei trabalhando na ONG que esse ambulatório ainda não existe, o que existe é um tratamento feito com alguns especialistas do SUS, do SUS não lá do HU, que é de órgão federal, psicólogo e endocrinologista, só*

*que quando chega na etapa da cirurgia eles precisam transportar esses pacientes para um outro Estado” (T).*

Esse mesmo entrevistado, referiu que ser encaminhado para esse serviço, ao invés de ajudar-lhe nas suas demandas em saúde, lhe dificultou a procura de controle médico da hormonoterapia. Segue o trecho da entrevista:

*“Ai no meu caso começo nessa fila que eles me encaminharam, o posto de saúde me encaminhou para o HU para essa fila, agora vou ter que aguardar até que o último da fila seja encaminhado para essa cirurgia fora do Estado para ai eu iniciar o meu tratamento, então isso provavelmente vai demorar bastante, porque é uma fila imensa, só que eu já estou tomando hormônio, estou me automedicando e eu precisava fazer os exames e eu não posso fazer porque eu estou nessa fila do HU e eles não conseguem-me tirar para poder tratar com a prefeitura preciso tratar com o órgão federal [...], então a verdade só me prejudica com isso, com essa ação, porque eu poderia estar sendo atendido pelo SUS e eles simplesmente se libertaram dessa responsabilidade e passaram para o órgão federal” (T).*

Assim mesmo, algumas das pessoas entrevistadas pensavam que o processo transexualizador do SUS era só para determinados Estados, pela ausência de informações em Florianópolis ao respeito. Como se descreveu anteriormente, Santa Catarina não tem um ambulatório especializado, mas o SUS tem o dever de através da atenção básica e das redes de atenção à saúde, acolher essas pessoas e encaminhá-las, de acordo às suas demandas, à instituição/serviço mais

próximo dentro ou fora do Estado para serem atendidas (BRASIL, 2008b; 2013b).

Esta espera e desinformação acarreta consequências na desatenção das necessidades em saúde destas pessoas. Por exemplo no caso dos transhomens, lesões no sistema musculoesquelético torácico e disfunção na capacidade pulmonar. Isto devido ao uso da faixa por longos períodos de tempo, enquanto esperam e logram se fazer a mastectomia (SOUSA et al 2013). Além disso, o uso irregular dos hormônios contribui ao risco de efeitos sobre o humor, a libido e do funcionamento sexual (BOCKTING; ROBINSON; ROSSER, 1998).

Por outro lado, uma das entrevistadas (P) relatou como a sua médica da unidade, ainda que não conhecesse bem a existência do processo transexualizador, se mostrou interessada e pesquisou sobre este e as portarias vigentes no SUS. Dessa forma, a encaminhou para tratamento fora do domicílio, preenchendo as fichas correspondentes. Ainda que esta médica não tenha continuado a conduzir a terapia hormonal da entrevistada, esta ressaltou que pelo menos aquela profissional se preocupou com a sua saúde e pediu os exames de sangue para saber como estavam os hormônios.

Das pessoas que fazem uso de serviços particulares, uma delas relatou nunca ter problemas com o plano de saúde que usa, através deste conseguiu fazer-se a cirurgia, neste caso, a mamoplastia, assim como o seguimento da terapia hormonal.

*“[...] eu fiz tudo o processo também dentro do plano, nunca fiz nada pelo SUS, eu fiz cirurgia razoável, eu procuro profissionais endocrinologistas, ginecologistas, que me ajudam dentro da questão do processo e saúde, razoável [...]” (N).*

Ainda que a procura destes profissionais não tenha sido fácil, o entrevistado acredita que o fato de sempre ser uma pessoa muito “resolvida” na sua identidade e de falar com muita naturalidade sobre esta lhe pode ter ajudado. Assim mesmo, na sua fala ressaltou o fato de o processo transexualizador estar voltado especificamente para o serviço público. Desta forma, nos planos privados não está regulamentado nenhum atendimento respeito ao processo Transexualizador, por conseguinte, tudo vai a depender da colaboração das/os profissionais, como foi no caso dele.

Em contrapartida, o relatório nacional de discriminação das pessoas transgêneras em os Estados Unidos, reportou um aumento nas experiências discriminativas em saúde quando a/o profissional tinha conhecimento sobre a transexualidade da/o usuária/o (GRANT et al, 2010). Estes resultados também foram discordantes no caso da orientação sexual, e como Mosack *et al.* (2013) discutiram na sua pesquisa, uma pessoa que se sente satisfeita com a sua atenção à saúde se sente mais tranquila em revelar a sua identidade, assim como revelar a identidade pode influenciar na satisfação na atenção e por conseguinte na sensibilidade do profissional. Soma-se o empoderamento das pessoas *Trans* que estão dentro na militância, e os efeitos nessa interação com o profissional.

Por outro lado, chama à atenção que a grande maioria das pessoas entrevistadas, questionou sobre a qualidade das cirurgias dos caracteres sexuais primários e/ou secundários feitas no SUS. Uma das mais fortes desqualificações se refere principalmente às técnicas usadas



na mastectomia e/ou mamoplastia. No que se refere à mastectomia alguns entrevistados comentaram:

*“A qualidade da cirurgia não a melhor, usam técnicas rudimentares, deixando uma cicatriz muito feia” (A).*

*“Porque na verdade é uma fila muito grande no SUS para fazer cirurgia e eles não fazem a cirurgia boa, a cirurgia com eles é ruim, dá problema no peito com uma cicatriz muito marcada, então é falta de interesse [...] então eles fazem de qualquer jeito, eles não têm uma atenção maior para esse tipo de cirurgias” (H).*

Para a maioria dos entrevistados é muito importante que a cicatriz da mastectomia/mamoplastia de redução seja mínima, ou pouco evidente. Isto em alguns casos, para evitar se sentirem desconfortáveis, ao ser questionados sobre a causa da cicatriz, por pessoas que desconhecem a sua transição, ou em outros casos, porque querem passar despercebidos como pessoas *Trans*. Estes descrevem a cicatriz em forma de T invertida que caracteriza à mamoplastia de redução, como uma marca. Uma marca, que se bem pode ser uma forma de ativismo ao transgredir a normativa corporal, também é uma marca para o estigma e a discriminação. A visibilidade, como Goffman explica (1963), vai depender do grau de decodificação da audiência dessa marca ou atributo, neste caso o conhecimento desse tipo de cicatriz é alto, devido a vários fatores da saúde da mulher cis que tiveram muito acompanhamento midiático.

Por decorrência do discutido acima, alguns dos entrevistados preferem não se “ariscar” e referiram estar poupando para tentar fazer às

suas cirurgias, incluindo a histerectomia, de forma particular. Do mesmo modo, uma das entrevistadas referiu que se em algum momento pensasse em se fazer a mamoplastia de aumento, teria que pesquisar muito bem porque pelas experiências das suas conhecidas a técnica usada deixa uma cicatriz não desejada por ela:

*“Mas não é aquelas próteses horrível é, que fica com corte de sorriso. Não, porque a maioria das as minhas amigas, até em clínica particular, gente aquele corte, sabe, tudo aqui embaixo do peito, uma coisa horrível” (P).*

Um dos entrevistados (A) trouxe relatos de experiências de conhecidos operados por médicas/os docentes, que levavam as/os suas/seus estudantes para que observassem o procedimento. Pelo relato estas cirurgias eram gravadas, embora vários deles não gostassem desse fato, não sentiam que tivessem outra opção, já que estavam sendo operados de graça. A partir disto, ele expressou que nunca se submeteria a esse tipo de situações. Se bem a cirurgia de transgenitalização dos transhomens ainda é considerada experimental, com as portarias derivadas do Processo transexualizador (BRASIL, 2008b), como se discutiu com anterioridade, se normatizou e se retirou o caráter experimental das outras cirurgias, como no caso da mastectomia/mamoplastia e histerectomia, ooforectomia, etc.

Por outro lado, dentro dos planos particulares, como não existe uma normatividade explícita sobre as cirurgias do processo transexualizador, as experiências têm sido diversas. Um dos entrevistados (N) relatou ter feito a mamoplastia de redução dentro do seu plano, sem nenhum problema. Incluso o plano cobriu uma parte do

total dos custos da cirurgia. Ao contrário, um outro entrevistado comentou que essas cirurgias são catalogadas como estéticas, assim, sem uma justificativa “médica” não são cobertas pelo plano:

*“E eles não fazem nenhum tipo de cirurgia. Então, porque tem que ser considerado médico, e o que não é considerado médico eles não fazem. Até onde eu sei. É horrível, porque deveria ser. Por exemplo do nariz que para que eles façam a cirurgia como parte do plano tem que ter um problema médico, por exemplo estar quebrada, ou sintomatologia [...]” (A).*

A partir do relato de um dos entrevistados (N), se percebeu que a diferença nos atendimentos entre os planos se deriva também do tipo de plano que se esteja pagando, ou seja, da mensalidade que se pague. O que foi relatado por outro participante como “o preço que tu tens que pagar para receber um serviço” (A). Embora, a saúde não está isenta das consequências da privatização derivada do sistema capitalista, a qualidade humana da atenção à saúde por parte das equipes e funcionárias/os, não deve estar sujeita ou diretamente proporcional ao dinheiro que se esteja pagando.

Finalmente, um dos participantes referiu que apesar de ter os recursos econômicos para pagar um plano de saúde, “queria lutar pelos seus direitos dentro dos serviços públicos” (T). Mas referiu que essa decisão tem sido complicada para ele, pois tem certas necessidades em saúde derivadas do seu processo transexualizador que não estão sendo atendidas.

## 6.2. Experiências discriminatórias e violências dentro dos serviços de saúde

Embora tenha sido poucas as pessoas que falaram a palavra discriminação na entrevista, nos relatos sobressaíram atitudes e eventos que se catalogaram como discriminatórios e que causaram um efeito contraproducente na/o entrevistada/o.

Num dos momentos da entrevista, a entrevistadora perguntou das experiências na interação com as diferentes pessoas que fazem parte da equipe de saúde e da unidade/hospital, etc., nas respostas de várias/os das/os entrevistadas/os se percebeu que entre menor seja o cargo hierárquico asignado dentro do organograma da/o funcionária/o, o trato era mais tenso.

*“[...] ainda...assim tu percebes que quando menos é o cargo da pessoa ali, tu percebes uma maior...como é que eu posso falar...elas não te tratam tão bem, quanto aquelas pessoas assim, as enfermeiras já te tratam melhor que a atendente que fica lá” (P).*

O entrevistado “T” relatou sempre se sentir discriminado, expressando ter que lidar continuamente com essa situação. A experiência que mais o incomodou foi o dia que acompanhou à sua mãe quando estava doente.

*“[...] eu sofri preconceito, ela (mãe) estava com inícios de infarto e precisava de um atendimento imediato né, e ela é uma pessoa de idade, 75 anos, ela tinha prioridade no atendimento, porém eu senti, eu percebi que eles me discriminaram por eu estar lá acompanhando ela, ela foi tratada também com discriminação, ela também...o*

*atendimento dela foi muito devagar muito moroso justamente por estar sobre a minha companhia[...] Porque estava numa situação delicada, precisava de atendimento rápido, porque enfim eu não tinha tempo de explicar a ninguém que era um transexual que precisava de respeito” (T).*

No fragmento anterior da entrevista fica claro como as ações decorrentes do estigma, preconceito e discriminação afetam às pessoas próximas da pessoa *Trans*. Em capítulos anteriores foi apresentado a noção grupal do estereótipo, de como as características que são atribuídas de forma individual ao *outro* (*Trans*), em grande medida são generalizadas para todas aquelas pessoas que têm esse *atributo* (MIRIÉ, 2003). Quer dizer, que a pessoa que seja identificada como o *outro*, lhe serão dadas automaticamente todas as características que representam o grupo-alvo. Neste caso, mesmo que a mãe não compartilha as características designadas para o estereótipo *Trans*, por ser “aliada” é considerada pela sociedade como parte do grupo e será tratada como tal nas interações sociais, enquanto se encontre próxima ao *outro*.

Um dos entrevistados relatou atualmente não acessar ao SUS porque nos momentos que fez isso, ficaram uns “traumas” que o fizeram desistir de procurar atendimento através deste. Os “traumas” que ele relatou foram momentos de constrangimento que ele viveu ao procurar o SUS em busca de informações e/ou direcionamento respeito à sua transexualidade e ao processo transexualizador. Como ele contou:

*“Foi no atendimento em sim, que eles não tem informações, então, quando eu fui procurar estava no começo do processo e...eu não sabia de nada, não sabia a quem procurar...e a gente foi...atrás do*

*sistema, só que eles foram muito grosseiros em relação ao tema, e assim, tanto que eu sai de lá assim, sorteado para procurar pela internet e por outros médios porque lá no dava, lá eles não tinham a mínima informação...e na minha opinião o sistema do SUS, é o mais despreparado para tratar com tema” (H).*

A atitude dos profissionais e a sua falta de sensibilidade às necessidades das pessoas *Trans.*, é apontado por outras pesquisas, como uma das barreiras de acesso aos serviços de saúde (MORIARTY; THIAGALINGAM, 1998). Lidar com a diversidade de forma depreciativa e desinteressada dentro do campo da saúde, repercute na qualidade de vida destas pessoas, na sua autoestima e viola seus direitos e liberdades.

A discriminação, não é meramente uma soma de atos individuais e concretos, nem uma questão de preferências pessoais, se trata de uma conduta com bases culturais arraigadas e socialmente estendidas (ZEPEDA, 2006).

### **6.2.1. Uso do Nome Social**

No que concerne ao nome social, apesar das várias portarias existentes que visam garantir esse direito (BRASIL, 2009), os relatos das/os entrevistadas/os apontam um forte preconceito na insistência e falta de uso e respeito deste pelas equipes de saúde, funcionários/os, entre outros. A seguir trecho de uma entrevista que exemplifica o anterior:

*“Eles desconhecem das leis [...] e acabam falando que não, que não é possível porque no sistema deles tem um vínculo, no sistema de informações da tecnologia deles, que tem um vínculo com os órgãos públicos onde quando colocam o CPF aparece meu nome de RG e daí não tem como mudar isso” (T).*

Um outro entrevistado (A) relatou que numa consulta na emergência o “interesse das enfermeiras, da equipe de saúde, era maior em entender porque o nome e foto da carteirinha eram tão diferentes ao seu aspecto”, fazendo-o sentir como um “louco” e desatendido, pela atenção maior nisso, que na sua doença. Assim mesmo, “H” qualificou como “muito ruim” o atendimento na unidade básica, por causa da pessoa da recepção não respeitar seu nome social, nem perguntar nada para ele, dizendo o seu nome civil em voz alta. Igualmente relatou que a médica “usava um olhar muito grosseiro para o tema”, ao final foi encaminhado para psicologia, mas não conseguiu marcar por problemas administrativo.

Para a entrevistada “L” o problema com o nome social e a documentação sempre é com as pessoas da recepção, as que estão trabalhando marcando consulta. De acordo com ela, estas deveriam estar preparadas para atender todo tipo de público. Em relação aos médicos/os o considera como “tranquilo”:

*“Respeitam meu nome social, sim, de...eu posso dizer assim de dez médicos que eu tenho frequentado até agora, eu tive dois casos que não...que eu quis trocar de médico” (L).*

Embora estas situações de desrespeito ao nome social estiveram presentes em todos os relatos, alguns das/os entrevistadas/os referiram que antes foi bem pior e que a situação tem melhorado. Uma das entrevistadas relata:

*“[...] no começo, eu já tive assim vários bafões, estar gritando [...] Porque me trataram no masculino, eu ia falar na hora de tu preencher para fazer o atendimento, e eu falar eu quero o nome social, e eles não respeitarem. Então várias vezes assim, mas aquela coisa que a gente fica dando na tecla numa hora dá, no começo assim foi um pouquinho difícil, mas hoje não, hoje já é mais tranquilo” (R).*

Os problemas com o nome social não são alheios aos serviços particulares de saúde. Neste caso “A” comentou várias situações onde ao ser chamado para entrar à consulta foi usado o seu nome civil. Quando isto acontece o entrevistado refere “não fazer questão de ouvir” e/ou “fazer contar que essa outra pessoa não existe”, para depois ir embora para casa sem ser atendido.

O respeito pelo nome social e o uso adequado dos pronomes por parte das/os profissionais e funcionárias/os da saúde faz parte do acolhimento e de ter uma atenção à saúde humanizada. O seu uso é de suma importância na relação e empatia destas pessoas com a equipe e para a criação do vínculo. Visto este último como uma necessidade (CECILIO, 2001), que vai pautar a saúde da pessoa que está procurando ser atendida, assim como a sua adesão aos futuros orientações, terapias, procedimentos, etc. Na pesquisa feita por Rocha *et al.*, uma das entrevistadas questionou o como poder confiar e falar da sua vida e estabelecer um vínculo com uma pessoa que de entrada a chama de



“ele”, como ela relatou: “negando tudo o que eu sou e represento” (ROCHA et al, 2009). Em sintonia com o anterior, o entrevistado “A”, referiu não gostar de ir ao médico par evitar esses constrangimentos.

Assim mesmo, na pesquisa de Cerqueira-Santos *et al.* (2010), transexuais e transgêneros, relataram forte preconceito percebido pela insistência em não usar o nome social, nesse caso feminino, causando situações de constrangimento com o uso do nome masculino e revelação pública da condição de “Trans”. Uma revelação pública que não é desejada, devido ao que isto possa produzir nas pessoas que estão na sala de espera, nas outras possíveis formas de violência e discriminação que possa desatar. Em Rocha *et al.* (2009), sinalaram este como um mecanismo para falta de respeito, discriminação e exclusão.

Igualmente, prevendo uma atenção integral, a equipe e funcionárias/os dos diferentes serviços do SUS, devem se manter atualizados e cientes das políticas públicas existentes na atenção à população *Trans*, assim como das diferentes portarias de inclusão existentes. É também fundamental uma educação continuada, a qual é ferramenta indispensável dos sistemas de saúde para assegurar a qualidade e pertinência das ações para a atenção às necessidades em saúde. Para tal, é importante estar cientes dos diferentes fatores e a dinâmicas que fazem parte da saúde integral (MEJÍA, 1986).

### **6.2.2. Violência Estrutural e a Hetero-cis-normatividade**

Para algumas pessoas *Trans* passar despercebido ou passar por *cis*, pode chegar a ser uma vantagem, no caso, de não ter que explicar a sua identidade e não ter que passar por momentos constrangedores dentro da interação social. Mas ao mesmo tempo, isto gera uma

invisibilidade das necessidades e das especificidades da população *Trans*. Esta invisibilidade se percebeu especialmente nos relatos de alguns dos transhomens entrevistados. Um exemplo de um trecho de uma entrevista que reflete o anterior:

*“Na verdade a gente vê que habitualmente as pessoas lidam com travesti com a mulher transexual muito mais fácil, porque é muito mais comum, com mais facilidade, é mais fácil utilizar os pronomes femininos por exemplo com elas, mas com nos homens Trans, como é ainda novidade na sociedade, principalmente aqui em Santa Catarina, Florianópolis, então eles tem bastante dificuldade para lidar com isto, geralmente confundem bastante com homossexual e daí não enxergam da mesma forma, não tem essa visão, esse cuidado de chamar pelo pronome masculino por exemplo, o do atendimento ser diferenciado” (T).*

Destaca-se que a invisibilidade dos transhomens predomina em comparação com as mulheres trans. Isto se pode evidenciar na escassez de estudos científicos que consideram especificamente essa população (ÁVILA; GROSSI, 2010), incluída a revisão da literatura da presente dissertação e na mesma história do movimento LGBT no Brasil. A pouca visibilidade foi descrita por Almeida (2012), como resultado de: a sociedade não considerar a possibilidade de uma transição de mulher a homem e do *passing*. O fato da sociedade não conseguir conceber este tipo de transição se deve ao predomínio do paradigma falocêntrico e binário, o qual se recusa a identificar como homem uma pessoa que tem anatomicamente uma vagina e não um pênis, um falo, simbólico corporal construído do poder e da “masculinidade” (FUENTES, 2002).

O *passing*, se refere à capacidade da pessoa *Trans* de ser considerada e reconhecida pela sociedade como pertencente ao gênero que esta deseja, optando para isto, expressões e atributos socialmente construídos para aquele gênero (SERANO, 2007).

Essa invisibilidade é também uma forma de opressão, uma violência simbólica, que conduz à submissão dessas pessoas a uma ordem estabelecida no mundo, exercida através do desconhecimento (BOURDIEU, 2000), da recusa à existência dessa identidade, o que a exclui dos diferentes sistemas sociais, entre estes o de saúde.

Por outro lado, a hetero-cis-normatividade permeia tanto a educação em saúde, como a construção das relações e dos sistemas sociais (WITTIG, 2006) e sustenta a ainda patologização das identidades *Trans*. Uma das materializações desta patologização é a categoria de “Disforia de Gênero” dentro do DSM-5. Chama à atenção que dentro das características do diagnóstico se encontra: “uma angústia clinicamente significativa ou incapacidade social ou ocupacional” (APA, 2013), trecho que deixa interpretar que o mal-estar que esta pessoa está sentindo é pelo fato de ser *Trans* e não devido à discriminação e o estigma que sofre por estar inserida numa sociedade ensinada em excluir o *diferente*.

Em virtude do exposto anteriormente, na portaria do processo transexualizador, para que as pessoas *Trans* possam iniciar à sua transição seja hormonal e/ou cirúrgica, precisam de um laudo médico/psicológico/psiquiátrico que confirme à sua identidade, ou seja, o diagnóstico, e um seguimento psicológico/psiquiátrico por um determinado tempo prévio a isto e pós. Referente a isto um dos entrevistados comenta:

*“[...] eu falei que por ter 42 anos de idade e por todo meu histórico eles tinham que perceber que eu já tinha essa certeza comigo, que não precisava mais dois anos de tratamento psicológico para eu ter certeza de que eu sou transexual. Além dessa fila eu ainda tenho que fazer mais dois anos de tratamento psicológico para daí eles me derem um laudo onde vai patologizar a minha identidade, e algo que eu não concordo também, eu não concordo que seja uma doença [...]” (T).*

Incluso no nível particular existem algumas médicas/os que se baseiam em essa portaria para fazer o atendimento e exigem para o usuário o laudo, como um dos entrevistados relata:

*“[...] na questão dos hormônios não é todo médico que dá a receita, então aí quando tens que ir lá para conseguir receitas se não tem o laudo, já é assim um condicionamento (N).*

No entanto, uma das entrevistadas referiu não precisar de laudo no SUS, devido a que no momento que consultou ao especialista, pelo fato dela já estar se automedicando e conhecer os efeitos dessa terapia, decidiu que não precisava dele.

*“[...] como eu já tinha feito por um ano a hormônio terapia, eu cheguei a um médico. O médico só perguntou para mim assim: tu sabes o que essa medicação faz? Sei sim, faz um ano e pouco que estou tomando, e já teve efeito, em dois meses a medicação já tinha tido efeito...e daí ele falou assim: então não tem nada o que fazer vou te receitar, vou te acompanhar...a minha dúvida, aí ele colocou, se tu tivesses num começo ei te pedir para tirar um laudo” (L).*

Um dos efeitos do paradigma *hetero-cis* dentro da educação em saúde, é a falta de recursos que estes adquirem ao longo da faculdade para lidar com as pessoas *Trans*. Em alguns casos reproduzindo os discursos estigmatizantes e preceituosos e/ou abordando essa pessoa como uma excepcionalidade médica, como uma anormalidade. Como no caso da pesquisa feita por Carvalho (2009), onde o tratamento que as transexuais receberam não era enquanto pessoas se não como casos estranhos, casos patológicos ou casos desconhecidos. Na presente pesquisa, um dos entrevistados (A) relatou que ao fazer contato com um endócrino para iniciar a terapia hormonal este o chamou do “seu primeiro caso” em repetidas vezes. Embora ele não gostasse dessa denominação, continuou indo atrás dele pelo fato da terapia, mas ao final o médico o deixou esperando um ano para a consulta, e ao ele chegar lá, nesta foi chamado pelo seu nome civil, pelo qual desistiu do contato.

Igualmente, nos relatos se percebeu a falta de conhecimento e sensibilidade sobre os cuidados à saúde desta população por parte das/os profissionais. No caso de “P” com o seu anterior médico a experiência não foi a melhor, devido à falta de interesse deste à hora de cuidar da sua saúde e a incapacidade de responder ou falar sobre alguns questionamentos que a entrevistada tinha respeito à transexualidade.

*“[...] atendia de uma forma sabe, no olhava para ti [...] já queria conversar com ele sobre outras coisas principalmente sobre...de transsexualidade, eu já sabia que não sabe, não sei, quer que eu marque o que para ti, endocrinologista, que tu quer, ginecologista, ainda falou assim” (P).*

Em sintonia com o anterior na pesquisa feita por Carvalho (2009) com mulheres transexuais que procuravam os serviços para o processo de transição em Portugal, estas referiram que as/os profissionais da saúde tinham dificuldades em produzir discursos genuínos e em manter posturas de abertura, com possibilidade de levantamento de dúvidas, ficando comprometida a relação de confiança. Devido à pouca sensibilidade e/ou pouca informação relativamente a questões de transexualidade.

Por outro lado, o caráter impositivo da hetero-cis-normatividade dentro da saúde fez com que certas especializações tenham uma construção dos seus cuidados e diretrizes a partir do paradigma sexo/gênero (WITTIG, 2006), como no caso da urologia e ginecologia. Esperando-se só homens e mulheres, neste caso cis, respectivamente, como usuários/as. Exclui-se desta forma quem não cumpre com esses parâmetros, e conseqüentemente ignorando às suas necessidades. Este fato aumenta o risco de certas doenças nesta população, pela falta de prevenção, etc. Um dos entrevistados trouxe esta preocupação:

*“A gente precisava por exemplo se tratar com ginecologista, porque ainda tenho órgãos femininos, não fiz nenhuma cirurgia, no entanto, é constrangedor você ficar numa sala com várias mulheres que vão se fazer o Papanicolau e ser chamado pelo nome do RG” (T).*

A matriz heterossexual, segundo Butler (2013), é uma rede de inteligibilidade cultural através da qual se naturalizam corpos, gêneros e desejo, neste caso, restringindo o acesso à saúde da população *Trans* e à sua autonomia na (re)construção dos seus corpos. Desta forma, gera inequidades em saúde, e hierarquiza os espaços, por exemplo, onde deve

existir um encontro de subjetividades não hierárquicas, no que se refere à interação usuária/o e equipe e/ou profissional de saúde, há uma imposição de cuidados. Dentro do atual trabalho vários das/os entrevistadas/os referiram evitar ir ao médico e/ou acessar aos serviços de saúde sejam públicos ou particulares para evitar algum tipo de constrangimento. Neste caso a questão do nome social, como já se discutiu em parágrafos anteriores, de se submeter a um processo de patologização da sua identidade, tendo que justifica-la e convencer aos outros da veracidade da mesma.

A equidade nos serviços de saúde não deve ser confundida com a homogeneização das necessidades, pelo contrário requer um reconhecimento das demandas específicas de um determinado grupo para melhorar o seu acesso à saúde. Na pesquisa de Cerqueira-Santos *et al.* (2010), as/os participantes mencionaram esta preocupação referindo um efeito negativo para a população LGBT a partir do não reconhecimento das especificidades deste grupo.

Vale lembrar que nas formas como se faz gênero existe uma associação e relação com categorias como: raça, classe, capacidade física, status migratório, religião, entre outros ingredientes identitários (NOGUEIRA, 2008). E estes irão afetar à saúde e as vivências discriminatórias da população *Trans*. O entrevistado “N” no trecho abaixo faz essa interseccionalidade a respeito do atendimento com a classe social e raça:

*“[...] a questão cultural também no Brasil...da humanização dos serviços no sentido de que, não se é assim também em outros lugares, mas no Brasil pobre não gosta de atender pobre em lugar*

*nenhum, no Brasil ricos são sempre bem tratados, mas os negros e os pobres são maltratados no Brasil, principalmente por os pobres e por outros trabalhadores, então assim, no SUS eles são trabalhadores que atendem outros trabalhadores que atendem uns que são pobres, uns que estão numa situação de pobreza, então é...automaticamente a questão da humanização...culturalmente ainda tem uma serie de problemáticas, não sabem lidar ainda de uma forma humanizada [...] não só no serviço de saúde, em outros serviços, outros serviços, mas as pessoas em situação econômica desfavorável no Brasil, quando eles vão fazer uso dos serviços públicos, elas são menos bem tratadas” (N).*

Dessa forma, a pessoa *Trans* tem uma serie de ingredientes identitários que vão modificar às suas ralações com a sociedade e o acesso aos serviços de saúde. No que concerne à classe social, se percebeu que a grande maioria das/os entrevistadas/os que tinham a capacidade econômica de adquirir serviços fora do SUS não hesitavam em fazê-lo. Alguns dos entrevistados associaram por exemplo não pedir o laudo para iniciar terapia hormonal, ao fato de estar pagando pelo serviço e/ou se sentir acolhidos pelo fato de estar num plano de saúde de maior cobertura associada a uma maior mensalidade.

### **6.3. Automedicação, uso dos mercados “paralelos” e processo transexualizador**

Vale ressaltar que em geral a pratica da automedicação se explica a partir das diferentes experiências ditas nos capítulos anteriores. Entre estas o requisito do laudo médico, o seguimento psicológico, a patologização da sua identidade, etc.



Todas as pessoas entrevistadas iniciaram a terapia hormonal por conta própria e a grande maioria continua desta forma. No entanto, sabendo as consequências destes medicamentos, várias delas se mostraram preocupadas com os efeitos adversos e têm procurado um acompanhamento, pelo SUS ou pelos serviços particulares de saúde. A procura do acompanhamento tem suscitado uma divisão da prática médica entre a prescrição médica dos hormônios e o controle dos níveis hormonais através de exames laboratoriais, tanto nos serviços particulares, quanto no SUS. Como bem fala uma delas:

*“[...] minha médica de família, que é do postinho de saúde, e ela...ela também não pode, a terapia, mas ela pelo menos passou um exame de sangue já para eu fazer, para saber como é que está a prolactina, níveis de estrogênios, testosterona[...] (Transexual, 24 anos)*

Nas legislações referentes à prescrição médica (BRASIL, 1999; CFM, 1998; CFM, 1988), não existe um referencial específico de atribuições diferenciais dependendo da subespecialidade médica, só no caso de ser médica/o veterinária/o. No entanto, segundo a Portaria N° 457, de 19 de Agosto de 2008, no parágrafo único do Art. 8° “os medicamentos hormonais quando fornecidos para Processo Transexualizador não podem ser cobrados no âmbito dos programas de assistência farmacêutica da atenção básica e de medicamentos excepcionais”. Na redefinição dessa portaria (BRASIL, 2013), o acesso à terapia hormonal continua sendo através das Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador ou de um Ambulatório/Hospital credenciados para tal.

O fato que a terapia só possa se fazer dentro destes serviços especializados, limita o acesso e prejudica ao usuário/a. Alguns/mas dos/as entrevistados/as relataram o seguinte:

*“[...] eu que cobro dos meus hormônios, eu que decido qual é que eu vou tomar, qual que eu quero da semana, porque infelizmente o SUS era para ter, a hormonoterapia, mas infelizmente aqui em Florianópolis o SUS não tem” (R).*

*“Antes de iniciar com tratamento eu procurei o SUS e eles não me deram suporte ais comecei a usar o hormônio mesmo assim” (T).*

O “T” também relatou que quando procurou ajuda para a hormonoterapia na sua unidade básica, eles o encaminharam para uma fila no hospital universitário que visa atender esta demanda, mas pelos relatos ditos em capítulos anteriores demora e se desconhece à sua organização. Em vista disso ele procurou novamente a unidade para que lhe dessem algum tipo de ajuda enquanto esperava, mas relata que estes lhe falaram que era melhor que suspendesse os hormônios, porque eles não iam lhe dar suporte.

Na procura de acompanhamento à terapia hormonal, duas das entrevistadas referiram consultar um especialista privado, o qual em ambos casos, lidou com a situação de uma forma que fez com que elas se sentissem incomodadas e constrangidas com as respostas que receberam. Abaixo os trechos dessas duas experiências:

*“[...] fui a uma consultar particular, e o médico falou para mim que o máximo que ele poderia fazer era ver os meus níveis de hormônios em análises porque eu já tinha começado a usar hormônios.*

*E que não podia passar nenhum hormônio para mim porque era antiético. Eu chorei, eu saí de lá e chorei na hora. [...] Ele não deu explicação nenhuma, só falou que não podia, ele olhou na minha cara, e falou que não podia e que era antiético ele fazer isso...e eu só tive que aceitar” (P).*

*“Já procurei, e um endócrino me falou que ela jamais ia ir contra a medicina, que isso para ela era contra a medicina [...] e que poderia ser processada” (R).*

Embora as/os médicas/os de acordo com o Artigo VII do Capítulo II do Código de Ética Médica (CREMERJ, 2012) têm plena autonomia da sua profissão e não estão obrigadas/os em atender a quem não desejem, esta recusa deve ser justificada e se possível a/o usuário/o deve ser encaminhado para um outro médico ou serviço. Nos relatos, se bem o médico se justificou, o fez de uma forma insensível sem dar maiores explicações para as entrevistadas, e sem pensar na força que poderia ter às suas palavras. Como a entrevistada “P” relatou depois:

*“Daí, porque eu tenho muito medo, tenho dizer para ti, porque tem isso né, é uma coisa que tu toma e tu pensa que não vai acarretar um problema mais tarde, até um anticoncepcional de uma mulher tem que ter orientação médica, que anticoncepcionais querendo ou não também eles aumentam a chance de tu ter câncer, daí por isso achava tu tem que ter um acompanhamento, mas depois do que esse médico me deu essa resposta, eu nunca mais”.*

Vale a pena dizer que fazer a hormonoterapia por conta própria é uma prática custosa que vai depender de o tipo de hormônio, a casa

farmacêutica, as doses que se apliquem e onde estes sejam comprados. Uma das entrevistadas (L) que se automeDICAVA uns anos atrás refere que gastou naquela época cerca de 15 salários mínimos por um ano de terapia. Depois de ter várias complicações por algumas doenças de base mais doses altas de hormônios decidiu fazer controle.

Percebeu-se que para as/os entrevistadas/os a hormonoterapia é de suma importância e faz parte da sua construção do corpo, como expressão da sua identidade. Desta forma a espera pela hormonização é uma violência para estas pessoas, pois implica não ter um controle e autonomia sobre seu corpo e ver como este vai se transformando naquilo que estas não desejam. Neste ponto a integralidade e equidade em saúde está fragilizada, por um acesso e poder de consumo de tecnologias restringido (CECILIO, 2001).

No que se refere aos mercados “paralelos”, o entrevistado “A” relatou ter comprado alguma vez hormônios via estes médios. No momento que teve dinheiro para pagar um plano de saúde, deixou de compra-los ali. Refere que “gosta de saber o que está tomando”, assim, deste modo a aquisição dos hormônios seja mais econômica “não se sabe se estão misturados com outras coisas”. Esse mesmo entrevistado, referiu ter se feito a mastectomia neste mercado. Ainda que tenha ficado contente com os resultados finais, todo o processo, desde a chegada à cidade onde conseguiu este serviço, até a recuperação foi uma constante dificuldade, devido ao fato de que na época que se fez a cirurgia ainda era um adolescente e só teve o dinheiro para pagar a cirurgia, sem incluir o pós-cirúrgico, já que este era cobrado por dia.

Finalmente, a dificuldade ao acesso à saúde se agudiza com estas restrições normativas, impondo toda uma série de processos e fases

inflexíveis que a pessoa *Trans* deve cumprir para adquirir a hormonoterapia. Seria mais compatível com os princípios do SUS, se a atenção primária, como porta de entrada, conseguisse atender estas necessidades. Assim, não é de estranhar os frequentes relatos de procurar serviços do processo transexualizador fora do SUS, e mesmo assim, fora dos serviços particulares, levando em consideração as experiências de discriminação e exclusão desta população relatadas no presente trabalho.

#### **6.4. Sugestões para o SUS**

No final de cada entrevista se perguntou para as pessoas entrevistadas o que gostaria acrescentar a respeito do SUS e/ou possíveis sugestões para a melhora da atenção à saúde neste. Esta pergunta foi feita com o fim de criar um espaço para reforçar o controle social, um dos princípios básicos do SUS. O controle social é um dos principais instrumentos para a democratização da saúde, permitindo a participação efetiva da sociedade na busca da garantia dos direitos conquistados constitucionalmente (SILVA, CRUZ e MELO, 2007). Esta participação está no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando objetivos, processos e resultados. Por conseguinte, é de suma importância para levar a cabo este acompanhamento que exista uma divulgação das informações em saúde, numa linguagem apta para todo público e nos diferentes canais de informação.

Nas entrevistas se destacou a premência de sensibilizar à equipe e funcionários da saúde, sobre as especificidades em saúde dos

diferentes grupos sociais, especialmente das pessoas *Trans*. Explicitou-se:

*“Como todo mundo precisa, sim, eu preciso de uma especificidade, eu acredito que os Trans homens e as Trans mulheres precisam sim, também, porque essa população, é uma população que está ai, hoje a gente vê cada vez mais a gente vê essa população, talvez por essa questão de se reconhecerem e essa mesma questão da visibilidade, talvez está aflorando cada vez mais, então assim, a pessoa tem que acordar da vida, (...) as coisas mudaram, as coisas mudam e a gente espera que vai ser para melhor né, então é isso assim” (R).*

Devido aos últimos acontecimentos no Brasil no que se refere às atitudes do “fundamentalismo religioso” contra a comunidade LGBT, a entrevistada anterior trouxe à tona como questão inadmissível, a influência religiosa nas questões de saúde, sobretudo no SUS. Ela destacou:

*“Eu penso que se é público, a pessoa que bate na porta, independentemente de ser branca, ser negra, ser amarela, ser rosa não interessa, ela tem que estar ali para te atender, e atender muito bem atendida, se ela procurou é porque ela está precisando de ajuda” (R).*

Igualmente, um dos entrevistados destacou a importância de destinar mais esforços no processo de humanização do SUS.

*“[...] porque não é para nós pessoas transexuais quando vamos procurar o atendimento adequado e a gente não acha a gente sofre, não, mulheres também sofrem muito, quando vão fazer as consultas por*

*pré-natal, lá no acompanhamento médico que elas têm antes da gravidez, na própria cirurgia do parto, elas sofrem todo os tipos de violência, e idosos sofrem violências absurdas que não era para nenhum pessoa nessa idade sofrer, eu acho que é desumanizante e já se tornou pratica, sabe, no SUS; do hospital, o espaço físico inapropriado, as pessoas te tratarem de qualquer jeito e tu receber esse tratamento de qualquer jeito, isso já se tornou uma pratica social dentro do SUS, e tem que mudar sabe, porque um tratamento humanizado MUDA e eu sou experiência viva disso, muda com certeza, o nível de saúde, até a saúde mental de uma pessoa, e ajuda em muito no tratamento dessa pessoa” (P).*

Um atendimento humanizado com certeza vai mudar as experiências das pessoas com o SUS, melhorando o vínculo e desta forma a confiança nos serviços e nas pessoas que os oferecem. É importante ressaltar como a frase de “se tornou uma pratica social” dita pela entrevistada acima, visa desnaturalizar às diferentes violências estruturais (LAPARRA, 2003). À sua naturalização decorre de uma falta de reconhecimento das fontes de violência devido a estas serem ao mesmo tempo simbólica (BOURDIEU, 2000) e de pratica cotidiana (SCHEPER-HUGHES, 1992).

Outro ponto importante, também ressaltado por várias das pessoas *Trans* entrevistadas, foi a necessidade de capacitar e criar espaços de atualização em educação sobre os temas de saúde, políticas e pessoas *Trans*. Isto visa melhorar as atitudes, conhecimentos e interações dos diferentes entes da saúde dentro dos serviços de saúde com as pessoas *Trans*. Neste sentido uma das participantes destaca:

*“Em relação a problemas, sempre vai ter, dificuldades todo mundo vai ter, mais a gente tem que superar isso, a gente tem que melhorar, erro todo mundo comete, mas insistir no erro deve ser um pouquinho difícil...a mesma coisa por exemplo eu chegava num posto de saúde no meu bairro e eu falava para a mulher, para a menina, para a recepção mesmo, veja por favor me trata no feminino, e ela chegava novamente e ela me tratava no masculino, então quer dizer, ela vai estar persistindo no erro dela, [...] com direito nenhum essas coisas, trabalhar nisso, acho que sempre tem que estar se atualizando e respeitando sempre” (R).*

Dentro da mesma linha um dos participantes (T) se mostrou preocupado principalmente pela capacitação destas/es profissionais principalmente no que concerne aos transhomens. Sobretudo pela falta de reconhecimento dessa identidade discutida no capítulo anterior.

Finalmente, para “N” o SUS é ainda um modelo de saúde em construção, pelo qual se deve continuar lutando. No seu relato se apresenta consciente dos problemas que tem o SUS, tanto no nível organizacional, como da gestão mas, na sua entrevista ressaltou as mudanças positivas dos últimos anos.

*“Eu acho que o SUS ele é um modelo excelente em construção, não é, em constante construção assim eu acho que a gente não está andando para atrás, é engraçado, sabe...tem uma série de problemas ainda para pensar...mas enfim, a gente há eu sinto o SUS andando para frente, sabe, com todas as dificuldades, os problemas que a gente ainda tem o SUS está indo para frente, se a gente for pensar no sistema de saúde de uns 10 anos para atrás se vê que muita coisa ocorreu,*



*principalmente na questão do PSF , CAPS, que a gente não tinha antes, a questão do processo não tinha nada disso, então assim, eu acho...as políticas específicas de saúde [...] eu vejo o SUS como um sistema que presta, que tem tudo para crescer...é só isso” (N).*

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente estudo destaca-se a necessidade de uma constante (des)(re)construção do que se entende por gênero, por parte da sociedade e das pessoas que trabalham na área saúde, considerando as diversas outras dimensões que o permeiam e o modificam. Busca-se, acima de tudo, melhorar o entendimento e sensibilizar a estas pessoas sobre a população Trans e às suas vivências, a fim de que se consiga atingir e pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde através da humanização e acolhimento das pessoas *Trans*. Percebe-se que para que isto aconteça se precisa um diálogo multidisciplinar para a compreensão dos diferentes paradigmas e as consequências dos mesmo que atingem esta população.

Neste estudo se pretendeu numa primeira instancia saber se as pessoas *Trans* faziam uso do SUS e quais eram os motivos pelos quais o acessavam. De acordo com os resultados, todas estas em algum momento fizeram uso do SUS e embora a pergunta disparadora tinha sido aberta para estimular a conversação e indagar mais outros motivos pelos quais o procuravam, as questões relacionadas ao processo transexualizador sempre se destacavam. Assim, percebeu-se as suas preocupações e necessidades imediatas em saúde das/os entrevistadas/os estão fortemente relacionadas com à sua construção da identidade.

A preocupação constante das pessoas *Trans* nas suas necessidades específicas se correlaciona com um acesso restringido às suas demandas em saúde. A partir dos resultados, se percebeu que poucas são as pessoas *Trans* que conseguem acesso à hormonoterapia, seja pelo SUS ou pelos serviços privados/particulares de saúde e o número se reduz ainda mais no que se refere às cirurgias dos caracteres sexuais primários/secundários, especialmente nos transhomens, quem relataram mais estas experiências. De tal forma, são poucas as pessoas que realmente têm uma atenção integral à sua saúde, o qual é um direito e um dever não só do Estado, mas também das entidades privadas em saúde. Pelo exposto acima se considera importante organizar a gestão e garantir o processo transexualizador dentro do setor privado e/ou em rede com o SUS para estes serviços.

Das barreiras aos cuidados em saúde desta população, destaca-se a estrutural. Nesta, profissionais e funcionárias/os da área da saúde desrespeitam as pessoas *Trans*, por conta do não uso do nome social e dos pronomes de preferência desta. Essa situação, de acordo aos resultados deste estudo, gera desconforto, discrimina e afasta estas pessoas dos serviços de saúde em geral, assim como também os converte em potenciais alvo de assédio e preconceito, por parte das outras pessoas que estão dentro do serviço, quando se revela de forma pública sua identidade por conta dessa falta de sensibilidade.

A barreira estrutural inclui também os efeitos do paradigma heterossexual e cissexual que na presente pesquisa se evidenciaram em várias das interações das pessoas *Trans* com o SUS e na mesma portaria do processo transexualizador, no que se refere ao laudo médico. Este último, deslegitima essas identidades e as transforma em uma patologia

que requer do cuidado médico-paternalista, ou seja uma visão “curativa”. Miller (2002), destaca que se precisa de uma postura reflexiva frente aos padrões socialmente construídos da heterossexualidade inclusive a cissexualidade, para prevenir a discriminação. Esta mudança de visão social deve caminhar junto com uma mudança educativa, onde as expectativas de gênero e identidade sexual não sigam marcando a interação e as ações em saúde.

Por outro lado, em teoria o diagnóstico poderia facilitar o acesso das pessoas *Trans* às suas demandas em saúde, mas o paradigma biomédico que permeia a gestão da saúde acaba estigmatizando e violentando aquelas pessoas que não se acomodam à norma binária ou que não querem se submeter a todos esses parâmetros, afastando-as ainda mais do sistema e dos seus direitos.

Vale destacar, que a elaboração de políticas públicas implica um processo coletivo, com o objetivo de dar resposta a uma problemática socialmente reconhecida. Isto se traduz em necessidades específicas para um coletivo determinado, onde estão envolvidos aspectos socioeconômicos, culturais, políticos, ambientais, entre outros. Portanto, em determinados casos hegemônicas, representando o *outro* com um discurso jurídico como mecanismo de poder (ZAMBRANO, 2008), no entanto, viáveis de ser modificadas e necessárias para garantir a cobertura dessas necessidades.

Ainda que o processo transexualizador seja um avanço no que se refere à saúde da população *Trans*, não deixa de se rum limitante e fragmenta à atenção integral às necessidades em saúde desta população. No que se refere à hormonoterapia a Sociedade Endócrina dos Estados Unidos recomenda a sua administração e acompanhamento dentro da

atenção primária, considerando que as comorbidades desta terapia ao longo prazo, são escopo desta área da atenção. Dessa forma, o ideal seria uma descentralização do processo transexualizador para que estas pessoas sejam atendidas através da atenção primária, em rede com especialistas, etc., se for o caso.

De acordo com os relatos se percebeu a necessidade de diversas ferramentas educativas, didáticas, etc., que visem um acesso universal às informações concernentes às diferentes cirurgias do processo transexualizador, assim como da hormonoterapia e outros métodos de transformação corporal, como as faixas elásticas torácicas, no caso dos transhomens, entre outros. A Associação Mundial Profissional para saúde das pessoas Transgêneras (WPATH) e a Sociedade Endócrina dos Estados Unidos (COLEMAN et al, 2011), recomendam a elaboração formal de diretrizes para a atenção em saúde da população *Trans*, o que ressalta a falta de informação e recursos nesta área.

É importante salientar como resultado desta pesquisa, a persistente invisibilidade dos transhomens não só no que se refere à produção científica, mas também nas suas especificidades em saúde, considerando que só no ano de 2010 o caráter experimental das cirurgias de caracteres sexuais secundários foi retirado pelo CFM e que a transgenitalização nestes ainda é experimental.

Entre as limitações da presente pesquisa se deve ressaltar que ao usar-se um roteiro semiestruturado, podem ficar fora outros pontos importantes relacionados com a área em estudo. Ainda, como limite, destaca-se que as pessoas entrevistadas foram poucas embora não tenha pretensão de uma representatividade numérica. Contudo, a heterogeneidade dos sujeitos da pesquisa e os relatos e vivências

enriqueceram os resultados do problema estudado. Futuras pesquisas poderiam incluir mais participantes *Trans* e de outras identidades não-binárias, assim como também buscar incluir e aprofundar outras categorias sociais, abordando-as dentro de uma metodologia interseccional. Um enfoque que trabalhe com as categorias, conservando uma postura crítica destas e sendo conscientes dos seus limites, enriqueceriam o análises deste tipo de pesquisa (MCCALL, 2005).

É importante ressaltar que as/os entrevistadas/os por critério metodológico tinham que ter algum tipo de conexão com alguma ONG da região. Essa escolha se deve ao fato de que as pessoas que participam destas organizações frequentemente estão mais informadas e politizadas. Por conseguinte, provavelmente as pessoas *Trans* que não fazem parte destas organizações vão ter um discurso e percepção diferente das suas experiências com o SUS.

No que se refere ao campo médico e da psicologia, se adverte que estes não são monolíticos, e existem pessoas dissidentes desses parâmetros de gênero e identidade sexual inflexíveis e normativos, que estão dispostos a (re)aprender e exercer uma prática profissional respeitosa. Como se percebeu em alguns dos relatos de acolhimento vividos pelas pessoas *Trans* entrevistadas.

Assim mesmo, é necessário reconhecer que as consequências dos processos discriminatórios alcançam o próprio sistema de saúde (CARRARA, 2013), pelo qual este deve ser um espaço que permita à sua discussão sem reforçar estereótipos ou estigmas. Um espaço acolhedor que lide de forma multidisciplinar e intersetorial com estes processos.

Esta pesquisa buscou visibilizar algumas das barreiras em saúde que vivenciam as pessoas *Trans*, com o fim de, junto com outros entes sociais, criar formas de resistência e gerar instrumentos que visem novos enfoques para enfrentar essas violências e inequidades.

Finalmente, uma das conclusões da presente pesquisa é que os discursos ambíguos que geram ‘inclusão’, restringida e insuficiente, tem a capacidade de invisibilizar outras demandas, pelo qual estes devem ser reformulados e reconstruídos, em prol de uma atenção à saúde integral, equitativa e inclusiva.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Felix. Genital Reassignment on Two Male Transvestites. **The International Journal of Transgenderism**, v. 2, n. 1, p. 223-26, Jan-Mar 1998

ALDANA, Bernardo Useche. Medicalization, eroticism and sexual diversity: a sexological critique of the DSM-IV-TR (II part). **Sexologia Integral**, v. 2, n. 2, 2005.

ALMEIDA, Guilherme. “HOMENS TRANS”: NO “HOMENS TRANS”: NOVOS MATIZES NA AQUARELA DAS MASCULINIDADES AS MASCULINIDADES? **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 513–523 , 2012.

ALZATE, Helí - **Sexualidad Humana**. 2. Ed. Temis 1987. 310 p.

ANTON, Barry. **Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008**: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives. *American Psychologist*, v. 64, n. 5, p. 372-453, Jul-Ago 2009.

APA. **Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality**. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.

APA. DSM-5 Development 2013. **Available from:** <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

ARÁN, Marcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciencia & saude coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-9. Jun-Ago 2009.

ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática Normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 9, n. 1, p. 49-63, Jan-Jun 2006.

ARÁN, Marcia; LIONÇO, Tatiana. Mudança de Sexo: uma questão de Justiça para a saúde. Brasília: **Série Anis**, 2007.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. “Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.15-40, 2009.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIMA, Fatima; LIONÇO, Tatiana. Relatório Preliminar - Pesquisa: **Transexualidade e Saúde: Condições de Acesso e cuidado integral**. (IMS-UERJ / MCT/CNPq/MS/SCTIE/DECIT), p. 39, 2008.

ÁVILA, Simone; GROSSI, Miriam Pillar. "Maria, Maria João, João: reflexões sobre a transexperiência masculina". In: **FAZENDO GÊNERO 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADE, DESLOCAMENTOS, 23 a 26 de agosto de 2010**, Florianópolis. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278255349\\_ARQUIVO\\_Maria,MariaJoao,Joao040721010.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278255349_ARQUIVO_Maria,MariaJoao,Joao040721010.pdf)>

AYRES, Carvalho Mesquita José Ricardo; JÚNIOR, França Ivan; CALAZANS, Junquera Gabriela; SALETTI, Filho H. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios In: Czeresnia Dina, Machado de Freitas CarloS. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 39-117.

BAKKER, Floor C.; SANDFORT, Theo G.M.; VANWESENBEECK, Ine; VAN LINDERT, Hanneke; WESTERT, Gert P. Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a Dutch population survey. **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 8, p. 2022–2030, out. 2006.

BARBER, Mary. Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities. **Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy**, v. 7, p. 77-82, 2003.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil Access to sexual health care for women who have sex with women in São Paulo, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. Sup 2, p. S291–S300 , 2009.



BAUER, Greta R.; HAMMOND, Rebecca; TRAVERS, Robb.; KAAAY, Matthias; HOHENADEL, Karin M.; BOYCE, Michelle. “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. **Journal of The Association of Nurses in Aids Care**, v. 20, n. 5, p.348-361, 2009.

BEATTIE, Tara S.; BHATTACHARJEE, Parinita; SURESH, Mekapati; ISAC, Shajy; RAMESH, Babu M.; MOSES, Stephen. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 66, Suppl. 2, p. 42-8, 2012.

BENTO, Berenice, **O que é Transexualidade**. São Paulo: Ed.Brasiliense; 2008. p. 181.

BIERNAT, Monica; DOVIDIO, Jhon. Stigma and stereotypes. In: HAETHERTON TODD F, KLECK ROBERT E, HEBL MICHELLE R, HULL JAY G, editors. **The Social Psychology of Stigma**. New York: The Guilford Press; 2000. p. 88-125.

BJORKMAN, Mari; MALTERUD, Kirsti. Lesbian women’s experiences with health care: A qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 27, n. 4, p. 238–243 , dez. 2009.

BOCKTING, Walter O.; ROBINSON, Beatriz (Bean) E.; ROSSER, B. R. S. Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 10, n. 4, p. 505-525, 1998.

BOCKTING, Walter O.; ROSSER, Simon BR.; SCHELTEMA, Karen. Transgender HIV prevention: implementation and evaluation of a workshop. **Health Education Research**. Oxford, v. 14, n. 2, p. 177-83, 1999.

BOCKTING, Walter O; ROBINSON, Beatrice E.; ROSSER, Simon BR. Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. **AIDS Care- Psychological And Socio-Medical Aspect of AIDS/HIV**, v. 10, n. 4, p. 505-25, Nov-1998.

BOCKTING, William O.; MINER, Michael; SWINBURNE, Romine; HAMILTON, Autumn; COLEMAN, Eli. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. **American journal of public health**, v. 103, n. 5, p. 943-51, 2013-Mai-05.

BOEHMER, Ulrike; CASE, Patricia. Sexual Minority Women's Interactions with Breast Cancer Providers. **Women & Health**, v. 44, n. 2, p. 41-58, 15 jan. 2007.

BOEHMER, Ulrike; MIAO, Xiaopeng; LINKLETTER, Crystal; CLARK, Melissa A. Adult health behaviors over the life course by sexual orientation. **American journal of public health**, v. 102, n. 2, p. 292-300, 2012.

BOURDIEU, Pierre. **La dominación masculina**. Barcelona: Anagrama, 2000. 159 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. **A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília. 2003.

BRASIL. **Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Conselho Nacional de Combate à Discriminação; 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2008c.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério de Saúde; 2008a.

BRASIL. **Portaria no 1.707, de 18.08.2008**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. **Portaria N° 2.803, de 19 de novembro de 2013.** Ministério de Saúde. Brasília. 2013b.

BRASIL. **Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis (PCSIT). Portaria CRT a-1, de 27.01.2010.** Diário Oficial do Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saude; 2010.

BRASIL. **Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2012.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013a. 101 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico de Medicamento sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Brasília, DF, p. 29-42. 1999.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade.** 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. 236 p.

CAMPOS, Gastao Wagner de Sousa. "Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?" **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CARRARA, Sergio. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In: ORGS. SIMONE MONTEIRO, W. V. **Estigma e Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 207.

CARRARA, Sergio; RAMOS, Silvia; SIMÕES, Julio Assis; FACCHINI, Regina. Política, Direitos, Violência e Homossexualidade **Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT São Paulo:** Instituto de Medicina Social. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2005.

CARRARA, Sérgio; VIANNA, Adriana R. B.. "Tá lá o corpo estendido no chão...": a Violência Letal contra Travestis no Município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.233-249, 2006.

CARRARA, Sergio; VIANNA, Adriana. "Tá lá o corpo estendido no chão... ": a violência letal contra travestis no município do Rio de

Janeiro **Physis: Revista de Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 233-49, 2006-Abr-12. CARVALHO, Irene Palmares. [Transsexuality: experiencing the transition process in the context of health care services]. **Acta medica portuguesa**, v. 23, n. 6, p. 1001–1010, 2009.

CARVALHO, Mario; CARRARA, Sérgio. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p.319-351, 2013.

CECILIO, Luis Carlos de Olivera. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde In: Pinheiro Roseni, Mattos Araújo Ruben. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: 2001 ABRASCO p. 113-26.

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2005.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; CALVETTI, Prislá U.; ROCHA, Kátia B.; MOURA, Andreína; BARBOSA, Lúcia H.; HERMEL, Júlia. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 44, n. 2, p. 235, 2010.

CFM. **Código de Ética Médica: resolução 1246/88**. Conselho Federal de Medicina. Brasília. 1998.

CFM. **Resolução nº 1246, de 08 de janeiro de 1988**. Aprova o código de ética médica. Artigos 39 e, indiretamente, 30, 62, 46, 59 e 113. Conselho Federal de Medicina. Brasília. 1988.

CHAPMAN, Rose; WARDROP, Joan; FREEMAN, Phoenix; ZAPPIA, Tess; WATKINS, Rochelle; SHIELDS, Linda. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children: LGT parents accessing health care for children. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 7-8, p. 1128–1135, abr. 2012.

CLARK, Rodney; ANDERSON, Norman B.; CLARK, Vernessa R. WILLIAMS, David R. Racism as a stressor for African Americans. A

biopsychosocial model. **The American Psychologist**, v. 54, n. 10, p.805-816, 1999.

COLEMAN Eli, BOCKTING Walter, BOTZER Marsha, COHEN-KETTENIS Peggy, DECUYPERE Griet, FELDMAN Jamie, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gendernonconforming people, version 7. **Int J Transgenderism**, v. 13, p. 165–232, 2011.

CONGER, John J. Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the year 1974: Minutes of the Annual meeting of the Council of Representatives. **American Psychologist**, v. 30, p.620-651, 1975.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 1955 de 3 de setembro de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set. 2010. Seção 1, p. 109-110.

CONTRADA, Richard J.; ASHMORE, Richard D.; GARY, Melvin L.; COUPS, Eliot; EGETH, Jill D.; SEWELL, Andrea, et al. Ethnicity-Related Sources of Stress and Their Effects on Well-Being. **Current Directions in Psychological Science**, v. 9, n. 4, p.137–9, 2000.

COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público.** Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

COURTENAY, Will H. Situating men's health in the negotiation of masculinities. **Society for the Psychological Study of Men and Masculinity Bulletin**, v. 4, n. 2, p. 10-12, 1999.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro Código de ética médica: legislação dos conselhos de medicina. / Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 6. ed. atual. e rev. -- Rio de Janeiro, 2012. 80 p.

CSA. Council on Scientific Affairs. Health Care Needs of a Homosexual Population. **Journal Of The American Medical Association**, v. 248, n. 6, p.736-739, 1982.

DAWOOD, Khytam; PILLARD, Richard C.; HORVATH, Cristopher; REVELLE, William; BAILEY, Michael J. Familial Aspects of Male Homosexuality. **Archives of Sexual Behavior**, v. 29, n. 2, p. 155-63. 2000.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S.. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In: LINCOLN, Yvonna S.; LINCOLN, Yvonna S. **Handbook of qualitative research**. London: Sage Publications, 2000. p. 1-29.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, Bosi. **PESQUISA QUALITATIVA DE SERVICOS DE SAUDE**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 99-120.

DIAMANT, Allison; SCHUSTER, Mark A.; MCGUIGAN, Kimberly; LEVER, Janet. Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. **Archives of Internal Medicine**, v. 159, n. 22, p. 2730-6, Dez- 1999.

DIAMANT, Allison L.; SCHUSTER, Mark A.; MCGUIGAN, Kimberly; LEVER, Janet. Lesbians' Sexual History with Men: Implications for Taking a Sexual History. **Archives of Internal Medicine**, v. 159, n. 22, p.2730-2736, 1999.

DODGE, Brian; JEFFRES, William LT.; SANDFORT, Theo G. Beyond the Down Low: sexual risk, protection, and disclosure among at-risk Black men who have sex with both men and women (MSMW). **Archives of Sexual Behavior**, v. 37, n. 5, p. 683-96, 2008.

EADY, A.; DOBINSON, C.; ROSS, L. E. Bisexual People's Experiences with Mental Health Services: A Qualitative Investigation. **Community Mental Health Journal**, v. 47, n. 4, p. 378-389 , ago. 2011.

FIFE, Betsy L.; WRIGHT, Eric R. The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 41, n. 1, p.50-67, 2000.

FUENTES, Adrián Herrera. Falocentrismo y sexualidad femenina en Café nostalgia de Zoé Valdés. **Revista de Humanidades: Tecnológico de Monterrey**, n. 12, p. 155-160, 2002. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey México.

GALTUNG, Johan. **Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización** (Trad. Teresa Toda), Bilbao, Bakeaz, 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1999, p. 206.

GLESSNER, Heather Dean; VANDENLANGENBERG, Erin; VEACH, Patricia McCarthy; LEROY, Bonnie S. Are Genetic Counselors and GLBT Patients “on the Same Page”? an Investigation of Attitudes, Practices, and Genetic Counseling Experiences. **Journal of Genetic Counseling**, v. 21, n. 2, p. 326–336 , abr. 2012.

GODDARD, Jonathan C.; VICKERY; Richard M.; QURESHI, Assau; SUMMERTON, Duncan J.; KHOOSAL, Deenesh; TERRY, Tim R. Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: early and long-term surgical results. **BJU International**, v. 100, n. 3, p. 607-13, Sep-2007.

GOFFMAN, Erving, **Stigma** notes on the management of spoiled identity. New Jersey: Prentice–Hall; 1963. p.147.

GOMES, Romeo, SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; Silva Cláudio Felipe Ribeiro da. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.

GÓMEZ, Maria Mercedes. Violencia por prejuicio. In: MOTTA CRISTINA , SÁEZ MACARENA, editors. **La Mirada de los Jueces:**

Sexualidades diversas en la jurisprudencia latinoamericana. Bogotá: Siglo del Hombre; 2008

GRANT, Jaime M. et al. National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care. **National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force**. Washington, DC p. 1–23 , 2010.

HAMILTON, David L ; TROILER, TK. Stereotypes and Stereotyping: An Overview of the Cognitive Approach. In: DOVIDIO, Jhon; GAERTNER, Samuel L, Orlando: **Prejudice, Discrimination and Racism**, Michigan, Academic Press; 1986. p. 127-63.

HARAWA, Nina T.; BINGHAM, Trista A. Exploring HIV prevention utilization among female sex workers and male-to-female transgenders. **AIDS Education & Prevention**, v. 21, n. 4, p. 356–371 , 2009.

HARAWA, T Nina; WILLIAMS, John K.; RAMAMURTHI, Hema C.; MANAGO, Cleo; AVINA, Sergio; JONES, Marvin. Sexual behavior, sexual identity, and substance abuse among low-income bisexual and non-gay-identifying African American men who have sex with men. **Archives of Sexual Behavior**, v. 37, n. 5, p. 748-62, 2008.

HASELDON, Lucy; JOLOZA, Theodore. **Measuring sexual identity: A guide for researchers**. Uk: Household, Labour Market And Social Wellbeing Division Office For National Statistics Government Buildings, 2009. 26 p.

HECK, Julia E.; SELL, Randall L.; GORIN, Sherri Sheinfeld. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1111 , 2006.

HEREK, Gregory M.; COGAN, Jeanine C.; GILLIS, J. Roy; GLUNT, Eric K. Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. **Journal Of The Gay And Lesbian Medical Association**, v. 2, p.17-25, 1997.

HUTCHINSON, M. K.; THOMPSON, Angela C.; CEDERBAUM, Julie A. Multisystem Factors Contributing to Disparities in Preventive Health Care Among Lesbian Women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing**, v. 35, n. 3, p. 393–402 , maio 2006.



JONES, Billy E.; HILL, Marjorie. Mental Health Issues in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Communities: **American Psychiatric.** Washintong D.C Press, v. 21, n. 4, 2002.

KENAGY, Gretchen P. Transgender health: findings from two needs assessment studies in Philadelphia. **Health & Social Work**, v. 30, n. 1, p. 19-26, 2005.

KENAGY, Gretchen P.; HSIEH, Chung -Ming. The risk less known: female-to-male transgender persons' vulnerability to HIV infection. **AIDS Care. Psychological And Socio-Medical Aspect of AIDS/HIV**, v. 17, n. 2, p. 195-207, Feb-2005.

KERKER, Bonnie D.; MOSTASHARI, Farzad; THORPE, Lorna. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. **Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 83, n. 5, p. 970-9, 2006.

KIDD, Jeremy; WITTEN, Tarynn M. Transgender and Transsexual Identities: The Next Strange Fruit—Hate Crimes, Violence and Genocide Against the Global Trans-Communities. **Journal of Hate Studies**, v. 6, n.31, p. 31-63, Junio 2008.

KINSEY, Alfred Charley; POMEROY, Wardell B.; MARTIN, Clyde E. **Sexual Behavior in the Human Male**. Ed 1 Philadelphia W.B. Saunders; Bloomington: Indiana U. Press; 1948/1998a. p. 804.

KINSEY, Alfred Charley; POMEROY, Wardell B.; MARTIN, Clyde E. **Sexual Behavior in the Human Female**. Ed 1 Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington: Indiana U. Press; 1953/1998b. p. 760.

KLEIN, Fritz; SEPEKOFF, Barry; WOLF, Timothy. Sexual orientation: a multi-variable dynamic process. **Journal of Homosexuality**, v. 11, n. 1-2, p. 35-49, 1985.

KRIEGER, Nancy. Discrimination and Health. In: BERKMAN, Lisa; KAWACHI, Ichiro, editors. **Social Epidemiology New York**: Oxford University Press; 2000. p. 36-75.

KULICK, Don. **Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p 279.

LAPARRA, Daniel; TORTOSA, José María. Violencia estructural: una ilustración del concepto. **Documentación Social**, n. 131, p.57-72, 2003.

LAUBY, Jennifer L.; MILLETT, Gregorio A.; LA POLLO, Archana Bodas; BOND, Lisa; MURRILL, Christopher; MARKS, Gary. Sexual risk behaviors of HIV-positive, HIV-negative, and serostatus-unknown Black men who have sex with men and women. **Archives of Sexual Behavior**, v. 37, n. 5, p. 708-19, 2008.

LAURENTI, Ruy. Homossexualismo e a Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 344-7, 1984.

LAURETIS, Teresa de. **Technologies of Gender: Essays on Theory, Film, and Fiction**. Indiana University Press, 1987. 168 p.

LEE, Elaine; TAYLOR, Julie; RAITT, Fiona. “It’s not me, it’s them’: How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: a hermeneutic study: Lesbian mothers managing negative encounters. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 5, p. 982–990 , maio 2011.

LINK, Bruce G. Link; PHELAN Jo C. “Conceptualizing stigma”. **Annual Review of Sociology**, v. 27, p. 363-85, Ago- 2001.

MARKOWITZ, Fred. The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 39, n. 4, p.336-347, 1998.

MARQUES, Giselda Quintana; LEAL, Sandra Maria Cezar; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi; LOPES, Marta Julia Marques. As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Braziliam Journal Nursing**, v. 6, n. 2, p. 1-5, 2007.

MARRAZZO, Jeanne M. Barriers to infectious disease care among lesbians. **Emerging Infectious Diseases**, v. 10, n. 11, p.1974-1978, 2004.

MARRAZZO, Jeanne, Barriers to infectious disease care among lesbians. **Emerging Infectious Diseases**, v. 10, n. 11, p. 1974-8, Nov - 2004.

MARRAZZO, Jeanne; KOUTSKY, Laura; KIVIAR, Nancy B.; KUYPERS, Jane M.; STINE, Kathleen. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 6, p. 947-52, 2001.

MARRAZZO, Jeanne; STINE, Kathleen. Reproductive health history of lesbians: implications for care. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 190, n. 5, p. 1298-304, Mayo- 2004.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, 2004.

MARTINS, Marco Antonio Matos; FERNANDEZ, Osvaldo; NASCIMENTO, Érico Silva do. Acerca da violência contra LGBT no Brasil: entre reflexões e tendências. In: FAZENDO GÊNERO 9. DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Florianópolis. **Anais**, 2010. p. 1 - 9.

MARTINS, Mônica Mastrantonio. Reflexões Sobre Preconceito – Em Busca De Relações Mais Humanas. **Interação em Psicologia**. 1998; Vol 2; p 9-27.

MATTHEWS, Alicia K.; BRANDENBURG, Dana L.; JOHNSON, Timothy P; HUGHES, Tonda L.. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. **Preventive Medicine**, v. 38, n. 1, p. 105–113 , jan. 2004.

MAY, Kathryn. Becoming women: Transgendered identities, psychosexual therapy and the challenge of metamorphosis. **Sexualities**, v. 5, n. 4, p. 449-64, Nov-2002.

MAZZARRA, Bruno M. Prejuicios y estereótipos en acción. **Estereótipos y Prejuicios**. Madrid: Acento Editorial; 1999. p. 9-43.

MCCALL, Leslie. "The complexity of intersectionality". **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v. 3, n. 3, p. 1771-1800. 2005.

MEJÍA, Alfonso. Educação continua. **Educación médica y salud**, v. 20, n. 1, p. 43-69, 1986. Acesso em: 11 jul. 2014.

MELGAREJO, Luz María Vargas. Sobre el concepto de percepción. **ALTERIDADES**, v. 4, n. 8, p. 47-53, 1994.

MERIGHI, JOSEPH R.; CHASSLER, DEBORAJ; LUNGREN, LENA; INNIS, HUTSON W. Substance use, sexual identity, and health care provider use in men who have sex with men. **Substance Use & Misuse**, v. 46, n. 4, p. 452-9, 2010.

MILLER, J. Creating inclusive helthcare environment for the GLBT community. The Official Newsletter of the Networker for Lesbian, Gay and Bisexual Concerns. **Occupational Therapy**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de saude publica**, v. 10, p. 07-18, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafío do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2010, 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; CONSTANTINO, Patrícia; SANTOS, Nilton César dos. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MIRIÉ, Marija. Estigma y discriminación: vinculación y demarcación. **Revista Paradigmas**, v. 1, n. 2, p. 83-7, 2003

MISKOLCI, Richard; PELÚCIO, Larissa. "A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes". **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro: CLAM-UERJ, n. 1, p. 25-157, 2009.

MONEY, John. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: GREEN, Richard, MONEY, Jhon, **Transsexualism and sex reassignment**. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1969. p. 91-114.

MORIARTY, H.; THIAGALINGAM, A. Audit of service to a minority client group: Male to female transsexuals. **International Journal of STD & AIDS**, v. 9, n. 4, p. 238–240, 1998.

MOSACK, Katie E.; BROUWER, Amanda M.; PETROLL, Andrew E. Sexual Identity, Identity Disclosure, and Health Care Experiences: Is There Evidence for Differential Homophobia in Primary Care Practice? **Women's Health Issues**, v. 23, n. 6, p. e341–e346, nov. 2013.

MOTT, Luiz Roberto de Barros. **Homossexualidade: Mitos e Verdades**. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia; 2003. p. 132.

NEMOTO, Tooru; OPERARIO, Don; KEATLEY, Joanne; VILLEGAS, D. Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. **AIDS Care Psychological And Socio-Medical Aspect of AIDS/HIV**, v. 16, n. 6, p. 724-35, Ago-2004.

NEVILLE, Stephen; HENRICKSON, Mark. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, n. 4, p. 407–415, ago. 2006.

NGLTF. Adapted from, Currah, Paisley, Minter S. **Transgender Equality: A Handbook for Activists and Policymakers**. San Francisco: National Center for Lesbian Rights and The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force, 2000.

NOGUEIRA, Conceição. “Ter ou fazer o gênero: o dilema das opções epistemológicas em psicologia social”. In: **Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo, Portugal**, Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 220 – 253.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli; SILVA, Michele de Freitas Neves; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia; FILHO, Marco Antonio Carvalho. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latinoamericana de Enfermeria**, v. 19, n. 3, p. 548–56, 2011.

**OMS. Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health.** Geneva: World Health Organization Press, 2002. 28 - 31 p.

OPERARIO, Don; SMITH, Carla Dillard; KEGELES, Susan. Social and Psychological Context for HIV Risk in Non-Gay-Identified African American Men who have Sex with Men. **Aids Education And Prevention**, v. 20, n. 4, p.347-359, 2008.

ORTIZ-HERNÁNDEZ, Luis; TORRES, María Isabel García. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.913-925, 2005.

Pact. Inc and ICRW. **“Sex, Gender Identity, Gender Expression and Sexual Orientation”**. in **Understanding and Challenging Stigma toward Men Who Have Sex with Men: Toolkit for Action** (Adapted version for use in Cambodia). Washington, DC: Pact, Inc and International Center for Research on Women (ICRW); 2010. p. 150.

PARKER, Richard. Evolution in HIV/AIDS prevention, interventions and strategies. **Interamerican Journal of Psychology**, v.35, n. 5, p. 155-65, 2001.

PARKER, Richard. Impacto f HIV and AIDS on research and policy debates. **Cadernos de saude publica**, v. 25, n. 2, p. 251-8, 2009.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative evaluation and research methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1990, p. 169-186.

PEPLAU, Letitia; SPALDING, Leah R.; CONLEY, Terry; VENIEGAS, Rosmary C. **The Development of Sexual Orientation in Women**. **Annal Review Sex Research**, v. 10, n. 1, p. 70-99,1999.

PEROVIC, Sava; DJNOVIC, Rados. Genitoplasty in male-to-female transsexuals. **Current opinion in Urology**, v. 19, n. 6, p. 571-6, Nov-2009.

PHELAN, Jo C.; LINK, Bruce G.; DOVIDIO, Jhon F. Stigma and prejudice: one animal or two? **Soc Sci Med**, v. 67, n. 3, p. 358-67, 2008.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. [S.l.]: Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009. Disponível em: <<http://www.econstor.eu/handle/10419/91018>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

PONSE, Barbara. **Identities in the Lesbian World: The Social Construction of Self**. Westport, Conn: Greenwood Press; 1978 p. 226.

RAMIREZ-VALLE, Jesús; MOLINA, Yamile; DIRKE, Jessica. Stigma towards PLWHA: **The role of internalized homosexual stigma in Latino gay/bisexual male and transgender communities. AIDS education and prevention**: official publication of the International Society for AIDS Education. 2013 Junio; v. 25, n. 3, p. 179-89.

RANKOW, Elizabeth J.; TESSARO, Irene. Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. **The Journal of Family Practice**, v. 47, n. 2, p. 139-43, 1998.

RAZZANO Lisa A.; COOK, Judith A.; HAMILTON, Marie M.; HUGHES, Tonda L, Matthews Alicia K. Predictors of mental health services use among lesbian and heterosexual women. **Psychiatric rehabilitation journal**, v. 29, n. 4, p. 289-98, 2006.

RIDNER, Lee S.; TOPP, Robert; FROST, Karen L. Methodological issues in identifying sexuality for research. **American Journal of Men's Health**, v.1, n. 1, p. 87-90, Mar-2007.

ROCHA, Kátia Bones; BARBOSA, Lucia Helena Rubin; BARBOZA, Carolina Zambom; CALVETTI, Prislá Ücker; CARVALHO, Fernanda Torres; *et al.* La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 10, n. 2, 2009.

RÖNDAHL, Gerd. Heteronormativity in health care education programs. **Nurse Education Today**, v. 31, n. 4, p.345-349, 2010.

RÖNDAHL, Gerd. Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 23, n. 1, p. 146–152 , mar. 2009.

RÖNDAHL, Gerd; INNALA, Sune; CARLSSON, Marianne. Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 4, p.373-381, 2006.

ROSS, Lorie E.; STEELE, Leah S.; EPSTEIN, Rachel. Service Use and Gaps in Services for Lesbian and Bisexual Women During Donor Insemination, Pregnancy, and the Postpartum Period. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada**, v. 28, n. 5, p. 505–11, 2006.

ROSSER, Sue V. Ignored, overlooked or subsumed: research on lesbian health and health care. **National Women's Studies Association Journal**, v. 5, p.183-203, 1992.

RUIZ, José Ignacio Olabuénaga. **Metodología de la investigación cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.

RYAN, Heather; WORTLEY, Pascale M; EASTON, Alyssa; PEDERSON, Linda; GREWOD, Greg. Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: a review of the literature. **American Journal of Preventive medicine**, v. 21, n. 2, p. 142-9, 2001.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2000. p 3.344.

SÁNCHEZ, John Paul; HAILPERN, Susan; LOWE, Carla; CALDERON, Yvette. Factors associated with emergency department utilization by urban lesbian, gay, and bisexual individuals. **Journal of community health**, v. 32, n. 2, p. 149–156 , 2007.

SANCHEZ, Nelson F.; SANCHEZ, John P.; DANOFF, Ann. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 4, p. 713 , 2009.

SANTOS, José Sebastião et al. AVALIAÇÃO DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HCFMRP-USP, ADOTANDO, COMO REFERÊNCIA, AS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)** v. 36, n. 2/4 , 2003. Disponível em:



<<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/29420/0>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

SCHEPER-HUGHES, Nancy. **Death without Weeping: the Violence of Everyday Life in Brazil**. Berkeley: University of California Press, 1992.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, p. 71-99, Jul-dez 1995.

SEAVER, Margaret R.; FREUND, Karen M.; WRIGHT, Leslie M.; TJIA, Jennifer; FRAYNE, Susan M. Healthcare Preferences Among Lesbians: A Focus Group Analysis. **Journal of Women's Health**, v. 17, n. 2, p. 215–225, mar. 2008.

SENNÁ, Mônica de Castro Maia; COSTA, Andréia Martins da; SILVA, Luana Nunes da. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedad En Debate Online**, Pelotas, v. 16, n. 1, p.121-137, 2010.

SERANO, Julia. **Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity**. Berkeley, Ca: Seal Press, 2007. 408 p.

SILVA, Alessandra Ximenes da Silva; CRUZ, Eliane Aparecida & MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência saúde coletiva**, v.12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SOUSA, Eduardo Sérgio Soares; BARBOSA, Gesualdo Pereira; TENÓRIO, Leonardo; Farias Pessoa; BARBOSA, Luciano Palhano. Amarras que Libertam: Os Homens Trans e O Complexo Fenômeno pela Busca de Um Tórax Masculino. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESFAZENDO GÊNERO:SUBJETIVIDADE, CIDADANIA E TRANSFEMINISMO, 2013, Natal. **GT 01: Corpos, gêneros e sexualidades: práticas sociais e produção de subjetividades**. Departamento de Ciências Sociais/tirésias-ufrn, 2013.

STALL, Ronald; GREENWOOD, Gregory L.; ACREE, Michael; PAUL, Jay; COATES, Tomas J. Cigarette smoking among gay and bisexual men. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 12, p. 1875-8, 1999.

STEELE, Leah. S.; TINMOUTH, Jill. M; LU, Annie. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. **Family Practice**, v. 23, n. 6, p. 631–636 , 11 jul. 2006.

STEVENS, Patricia E. Structural and Interpersonal Impact of Heterosexual Assumptions On Lesbian Health Care Clients. **Nursing Research**, v. 44, n. 1, p.25-30, 1995.

TANG, Hao; GREENWOOD, Gregory L.; COWLING, David W.; LLOYD, Jon C.; ROESELER, April G.; BAL, Dileep G. Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: how serious a problem? (United States). **Cancer Causes & Control**, v. 15, n. 8, p. 797-803, 2004.

TJEPKEMA, Michael. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. **Health Reports**, v. 19, n. 1, p. 53–64 , 2008.

TRACY, J. Kathleen; LYDECKER, Alison D.; IRELAND, Lynda. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. **Journal of Women’s Health**, v. 19, n. 2, p. 229–237, 2010.

TRUJILLO, Elvia Vargas. **Sexualidad... Mucho más que sexo: Una guía para mantener una salud sexual saludabel**. Bogotá: E Uniandes; 2007.p 251.

VALLES, Miguel. “**Técnicas de Investigación social**”. **Reglexión Metodológica y Práctica Profesional**. Síntesis Sociológica 1993, p. 97.

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma. **Diversidade sexual e homofobia no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011. 251 p.

WANG, Jen; HÄUSERMANN, Michael; VOUNATSOU, Penelope; AGGLETON; WEISS, Mitchell G. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men’s Health Survey. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 1, p. 70–75, jan. 2007.

WHO. Décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. **Available from:** <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F64>.

WHO. **Preamble to the Constitution of the World Health** (Official Records of the World Health Organization) International Health Conference. New York: World Health Organization; 1946. p.100.

WILLIAMS, David R.; MOHAMMED, Selina A.. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. **International Journal Of Behavioral Medicine**, v. 32, n. 1, p.20-47, 2009.

WILLIAMS, David R.; NEIGHBORS, Harold W.; JACKSON, James S.. Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. **American Journal Of Public Health**, v. 93, n. 2, p.200-208, 2003.

WILLIAMS, Simon J. Health as moral performance: ritual, transgression and taboo. **Health: Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Med**, v. 2, n. 4, p. 435 – 57, 1998.

WILLIAMSON, Iain R.. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. **Health Education Research**, v. 15, n. 1, p.97-107, 1999.

WILLIAMS, David R.; SPENCER, Michael S.; JACKSON, James S. "Race, stress, and physical health: The role of group identity". In: CONTRADA RICHARD J, ASHMORE RICHARD D, editors. **Self, Social Identity, and Physical Health: Interdisciplinary Explorations**. New York: Oxford University Press 1999. p. 71-100.

WITTEN, Tarynn M. Birth sex is not gender. Comments on "Efforts to address gender inequalities must begin at home." **The Lancet**, v. 366, n. 9496, p. 1505, 2005.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterosexual y otros ensayos**. Barcelona: Egales, 2006. 130 p.

WRIGHT, Eric R.; GRONFEIN, William P.; OWENS, Timothy J. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 41, n. 1, p.68-90, 2000.

YOUNG, Iris Marion. Las cinco caras de la opresión. In: YOUNG, Iris Marion. **La justicia y la política de la diferencia**. Catedra, 2000. p. 71-114.

ZAMBRANO, Marta. **Trabajadores, villanos y amantes: encuentros entre indígenas y españoles en la ciudad letrada**. Santafé de Bogotá (1550-1650). Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2008.

ZEPEDA, Rodríguez Jesús. **¿Qué es ea Discriminación y cómo combatirla?**. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2004, 62 p.

ZEPEDA, Rodríguez Jesús. **Un marco teórico para la discriminación**. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2006.



## ANEXO I

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL**

1. Você costuma buscar ajuda para os seus problemas de saúde nos serviços públicos de saúde? (Exemplo: gripe, dores, etc.). Quais serviços ou especialidades? Quais profissionais? Com que frequência?
2. Como você descreveria o atendimento prestado pelo SUS (funcionários da recepção, médico, enfermeiro, dentista, agente

comunitário de saúde, especialistas como ginecologista e proctologista etc). Em algum momento se sentiu acolhido(a)?

3. Você costuma procurar serviços de saúde privados ou tem hábito de se automedicar?
4. O que você sugeriria ao SUS mudar, modificar, entre outras coisas?

ANEXO II



### DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Qual é a sua escolaridade:
- Não alfabetizado
  - Ensino Fundamental Incompleto
  - Ensino Fundamental Completo
  - Ensino Médio Incompleto
  - Ensino Médio Completo
  - Superior Incompleto
  - Superior completo
  - Especialização
  - Mestrado
  - Mestrado em curso
  - Doutorado
  - Doutorado em curso
3. Assinale a sua renda por mês:
- até 260,00
  - de R\$ 261,00 a R\$ 780,00
  - de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00
  - de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00
  - de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600,00
  - de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00
  - de R\$ 3.901,00 a R\$ 5.200,00
  - de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00
  - de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00
  - mais de R\$ 7.800,00
4. Qual é a sua ocupação:
- \_\_\_\_\_
5. Qual é a sua situação conjugal?
- Solteirx sem parceiro
  - Solteirx com parceiro
6. Com qual ORIENTAÇÃO SEXUAL você se identifica
- Heterossexual
  - Gay
  - Lésbica
  - Bissexual
  - Nenhuma
  - Outra
- Qual? \_\_\_\_\_
7. Com qual IDENTIDADE DE GÊNERO você se identifica
- Transexual
  - Transgênero
  - Travesti
  - Mulher
  - Homem
  - Outra
- Qual? \_\_\_\_\_

ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PERCEPÇÕES DOS TRANSGÊNERO, TRANSEXUAIS E TRAVESTIS SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC, 2013.

**Pesquisador:** Kathie Njaine

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20595113.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 460.799

**Data da Relatoria:** 04/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

É um projeto de mestrado da Pós Graduação em Saúde Mental orientada por Kathie Njaine da orientanda Ana Maria Rodrigues. Parte-se do pressuposto que essa população procura pouco os serviços de saúde por se sentirem discriminados e não acreditarem que suas necessidades serão atendidas. Outro pressuposto é de que os profissionais de saúde, sobretudo na relação médico-paciente baseiam suas ações em uma premissa da heteronormatividade, não se capacitando e/ou não sendo capacitados, para a atenção à complexidade das questões de saúde demandas pela população LGBT, em especial, dos transgênero, transexuais e travestis (Trans)\*. Ainda, pressupõe-se que muitos atendimentos são permeados por atitudes preconceituosas e discriminatórias, operando como elementos de perpetuação dos estigmas em torno dessa população.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar as experiências de atenção à saúde das pessoas transgênero, transexuais e travestis (Trans) nos diferentes serviços de saúde públicos e suas percepções em relação a esses serviços. Objetivos específicos: Investigar as experiências de atendimentos das pessoas Trans de Florianópolis nos serviços de saúde públicos na atenção à sua saúde em geral; Conhecer as percepções das pessoas Trans sobre os diferentes serviços de saúde públicos, tipos de atendimentos demandados e investigar experiências de discriminação ou acolhimento no Sistema

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 460.799

Único de Saúde; Identificar o uso de serviços de saúde privados e hábitos de automedicação da população do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: as perguntas da entrevista podem gerar algum desconforto. A equipe conta com uma médica que dará apoio. Benefício: dar voz à experiência e percepção que a população GLBT tem dos serviços de saúde e do atendimento prestado assim como de suas necessidades.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

é estudo qualitativo e exploratório. Será realizada uma análise para levantar as experiências vividas e as percepções que têm os transexuais, transgêneros e travestis sobre os serviços de saúde e a atenção recebida no SUS. Considera-se o conceito de percepção como um juízo ou opinião que se dá entorno de estímulos físicos e sensoriais, posteriormente selecionados e organizados, obtidos de um ambiente físico e social. A seleção dos sujeitos que participarão do estudo será feita através de uma amostra de conveniência, que é utilizada em estudos exploratórios, com populações de difícil acesso. Os sujeitos do estudo serão pessoas transgêneros, transexuais e travestis de Florianópolis, SC, que pertencem ou têm algum vínculo com movimentos organizados LGBT. Serão realizadas seis (6) entrevistas na modalidade história de vida focal ou temática. A história de vida tem como elemento central a análise de narrativa que esta pessoa ou grupo realiza da suas experiências de vida. A focal ou temática, enfatiza um único aspecto, abordando um único tema ou assunto ao longo da experiência de vida do entrevistado, o que permite uma variante que seria a "vida histórias cruzadas" ou "múltipla" de pessoas que pertencem à mesma geração, conjunto, grupo território, a fim de fazer comparações e mais complexas do problema ou objetivo a estudo. Neste caso, se incorporará na atual pesquisa como um meio de dar voz às experiências e percepções das pessoas Trans sobre as suas interações com os diferentes serviços de saúde. O roteiro de entrevista se baseará nas experiências das pessoas Trans sobre os serviços públicos de saúde na atenção à sua saúde em geral, a percepção desses usuários sobre esses serviços e usos de serviços privados e hábitos de auto-medicação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados. Retirar esta frase do TCLE: contudo ressaltamos a importância da sua contribuição para a pesquisa.

**Recomendações:**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Barro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 460.799

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Corrigir TCLE

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 19 de Novembro de 2013

---

Assinador por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

APÊNDICE I

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisa** “EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DAS PESSOAS TRANSGÊNERO, TRANSEXUAIS E TRAVESTIS SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA, 2013-2014”,

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DAS PESSOAS TRANSGÊNERO, TRANSEXUAIS E TRAVESTIS SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA, 2013-2014”, desenvolvida através do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Kathie Njaine a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone de número (021) 38829056 ou e-mail: [kathien@ensp.fiocruz.br](mailto:kathien@ensp.fiocruz.br).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais trata-se da percepção e interações dos usuários transexuais, transgênero e travestis sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às

normas éticas destinadas às pesquisas envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista individual. Pedimos sua permissão para gravá-la para que possamos ser fiéis ao seu relato. As gravações serão posteriormente apagadas. Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem das entrevistas.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável ou seus colaboradores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa.



O(a) pesquisador(a) principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informado(a) de que minha participação é voluntária e que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição para a pesquisa.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Experiências das pessoas *Trans* com o SUS: uso do nome socialAna María Mújica Rodriguez<sup>2</sup>Kathie Njaine<sup>1</sup>**RESUMO**

A sexualidade e o gênero são fatores que influenciam e determinam a saúde integral de um ser humano. Na sociedade existe uma ideia prevalente de uma identidade sexual e expressões de gênero imaleáveis, desconsiderando, invisibilizando e excluindo aquelas pessoas que transgredem estes parâmetros socialmente construídos como *normais*, como no caso da população *Trans*. Entende-se que a diversidade sexual e de gênero fazem parte das expressões da dimensão sexual humana e, portanto, devem ser respeitadas e consideradas em suas diferenças. No entanto, persistem formas de discriminação contra a população *Trans* no Brasil nos âmbitos, tanto interpessoais como institucionais e estruturais, alcançando o próprio sistema de saúde. Esta pesquisa se trata de um recorte de um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo que teve como objetivo discutir e analisar as experiências de atenção à saúde das pessoas transgêneras, transexuais e travestis (*Trans*) nos diferentes serviços de saúde públicos. Selecionados por conveniência, foram entrevistadas sete (7) pessoas *Trans*, entre os 22 e 42 anos de idade, onde quatro se auto identificaram como homens, duas como travestis e uma como mulher. Poucas/os delas/es fazem uso do SUS e preferem o uso de serviços particulares e/ou privados. O acesso à saúde se viu limitado por barreiras estruturais, no que se refere ao nome social e ao paradigma hetero-cissexual que permeia as interações desta população com o SUS. É necessário quebrar esses paradigmas e reconstruir a saúde através da diversidade e as suas diversas expressões como parte da complexidade do ser humano.

**PALAVRAS-CHAVES:** Transexualidade; travestis; hetero-cis-normatividade; discriminação; Sistema único de saúde.

---

<sup>2</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A sexualidade do ser humano é uma dimensão essencial para o desenvolvimento integral deste, não só em seu âmbito pessoal, como também no social, intelectual e emocional. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) este é um tema complexo que está inter-relacionado com as diferentes dimensões do ser humano, e abarca a reprodução, o sexo, a identidade de gênero, a orientação sexual, o erotismo, a intimidade e o prazer.

Por outro lado, o gênero é visto dentro de algumas categorias da saúde desde uma perspectiva biológica e reducionista, cujas expressões são categorizadas e estereotipadas de uma forma binária e inflexível. Segundo Butler (2013) o sistema binário circunscreve-se de forma implícita à hipótese de uma relação mimética entre gênero e sexo. O anterior supõe que a o gênero reflete o sexo biológico, é por ele restrito, e é o destino invariável. No entanto, parta-se da ideia do gênero como uma construção social, permitindo uma crítica deste conceito e a produção de subjetividades e de expressões e Identidades de gênero que fazem uma ruptura dessa ordem ou paradigma.

No entanto, a definição implícita tradicional de ser mulher/homem está baseada no sexo gonadal (genitália) e a construção social destas identidades de forma binária resulta ou representa esse status gonadal individual (KIDD; WITTEN, 2008), reforçando a ideia de sexo/gênero como uma entidade só, o que pode se evidenciar no contexto da saúde, no exemplo que traz Witten (2005), nas formas como na consulta médica, na maioria dos países, se pergunta rotineiramente o “gênero”, para se referir ao sexo biológico (gonadal) ao nascimento.

Em contraste com essa ideia unificadora do sexo/gênero, se visualizam as pessoas *Trans* (*transgêneras, transexuais e travestis*), as quais transgredem a cisnormatividade. Esta última, parte do pressuposto de que toda pessoa é cissexual, ou seja, aquelas pessoas que são assignadas com o sexo feminino ao nascer sempre tornam-se mulheres e aquelas assignadas como o sexo masculino, homens (BAUER et al, 2009). Do mesmo modo que a heteronormatividade, a cisnormatividade molda a organização social e cria resistência à existência de outras formas de Identidades/expressões de gênero. A construção deste termo visa, entre outras coisas, visibilizar o privilegio e legitimidade dados às pessoas não Trans ditas como “normais” (SERANO, 2007).

Com o fim de atender as especificidades desta população ao longo dos últimos anos no Brasil, tem-se elaborado várias políticas públicas e portarias que vão desde o Brasil sem Homofobia (2004), a Política Nacional de Saúde da População LGBT (2008a), até o processo Transexualizador do SUS (2008b; 2013b), com a qual também se normatizou o caráter prévio experimental que tinham as cirurgias de redesignação sexual nas mulheres transexuais (ARÁN; MURTA, 2009), e no ano de 2010 com a Resolução 1.955/2010 o caráter experimental das cirurgias de caracteres sexuais secundários em homens transexuais é retirado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim como também a portaria para o respeito do Nome social dentro do SUS (2009).

A relevância do tema traduz, de certa forma, os posicionamentos políticos da população *Trans*, sobre as representações de gênero, sexualidade e do próprio corpo, que questiona a ideia de uma identidade gênero única e imutável. Esses questionamentos trazem desafios ao acesso e cuidados efetivos e integrais à saúde, e à relação

com as/os profissionais e os diferentes serviços de saúde. Esta pesquisa buscou investigar as questões que se referem especificamente à atenção à saúde das pessoas transgênero, transexuais e travestis nos serviços de saúde públicos. Tendo como objetivo conhecer e analisar as experiências desta população com o SUS.

### População e método

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório (GIL, 1999). A seleção das pessoas que participaram do estudo foi feita através de uma amostragem de conveniência, considerando-se: a escolha de sujeitos que possuíam a experiência e vivência relacionadas ao que se deseja estudar (PATTON, 1999) como pessoas transgêneras, transexuais e travestis de Florianópolis, SC, que tinham ou tiveram algum tipo de vínculo a grupos sociais organizados LGBT e/ou Trans.

A coleta dos dados se deu utilizando-se entrevistas semiestruturadas (RUIZ, 1996). O roteiro da entrevista foi composto por perguntas que buscaram, através de uma interação comunicativa dialógica, obter informações no que diz respeito às experiências das pessoas *Trans* sobre os serviços públicos de saúde na atenção à sua saúde em geral, assim como, a percepção desses usuários sobre esses serviços e o uso de serviços privados e/ou hábitos de automedicação. Os depoimentos foram tratados, utilizando-se o *método de interpretação de sentidos*, fundamentados na hermenêutica-dialética (GOMES et al, 2005). Assim mesmo, foi realizada uma observação descritiva do campo, estes dados de observação foram registrados sob forma de “notas de diário de campo”.

### Resultados e Discussão

Neste estudo, foram entrevistados sete (7) pessoas transgêneras, transexuais e travestis. As pessoas entrevistadas tinham entre 22 e 42 anos de idade. A grande maioria possuía um nível médio de escolaridade, 2 trabalhavam por conta de outrem, 1 como independente, 1 estava desempregado no momento, por escolha própria para se dedicar mais ao ativismo, mas recebia ajuda econômica familiar e 3 eram estudantes, quem recebiam ajuda econômica através de entidades governamentais. Quatro das pessoas entrevistadas se auto identificaram como homens, duas como travestis e uma como mulher. Todas tinham ou têm algum tipo de vínculo com a militância e/ou alguma ONG's. (Tabla 1).

A grande maioria das pessoas entrevistadas não fazem uso do SUS hoje. Algumas delas relataram usá-lo só em situações específicas, como no caso de vacinação ou teste para HIV. As pessoas que referiram fazer uso constante do SUS, o utilizam em casos de gripes, dores ou qualquer outro mal-estar que tenham. Uma delas devido aos seus antecedentes médicos, o usa frequentemente para o acompanhamento destes e uma outra delas refere seu uso nos casos anteriores mas só para pegar os medicamentos previamente receitados.

Das pessoas que não fazem uso do SUS ultimamente, só duas delas tem plano médico. Do resto, uma usa os serviços de saúde da universidade e outra utiliza um tipo de serviço que faz agendamento de consultas em entidades/médicos particulares. O uso destes serviços por parte delas é muito restrito, a grande maioria das vezes foi relatado seu uso para marcações específicas com especialistas, como endocrinologista e quando se sentiam muito doentes. Os outros serviços

relatados usados foram: ginecologia, pneumologia, oftalmologia e psicologia.

Por outro lado, a partir das entrevistas realizadas se conclui que a maioria das pessoas entrevistadas têm vivido experiências de discriminação, transfobia e por conseguinte, um acesso limitado às suas necessidades em saúde. O entrevistado “T” relatou sempre se sentir discriminado, expressando ter que lidar continuamente com essa situação. A experiência que mais o incomodou foi o dia que acompanhou à sua mãe que quando estava doente.

“[...] eu sofri preconceito, ela (mãe) estava com inícios de infarto e precisava de um atendimento imediato né, e ela é uma pessoa de idade, 75 anos, ela tinha prioridade no atendimento, porém eu senti, eu percebi que eles me discriminaram por eu estar lá acompanhando ela, ela foi tratada também com discriminação, ela também...o atendimento dela foi muito devagar muito moroso justamente por estar sobre a minha companhia[...] Porque estava numa situação delicada, precisava de atendimento rápido, porque enfim eu não tinha tempo de explicar a ninguém que era um transexual que precisava de respeito” (T).

No fragmento anterior da entrevista fica claro como as ações decorrentes do estigma, preconceito e discriminação afetam às pessoas próximas da pessoa Trans. Em capítulos anteriores foi apresentado a noção grupal do estereótipo, de como as características que são atribuídas de forma individual ao outro (Trans), em grande medida são generalizadas para todas aquelas pessoas que têm esse atributo (MIRIÉ, 2003). Quer dizer, que a pessoa que seja identificada como o outro, lhe

serão dadas automaticamente todas as características que representam o grupo objeto. Neste caso, se bem a mãe não compartilha as características designadas para o estereótipo Trans, por ser “aliada” é considerada pela sociedade como parte do grupo e será tratada como tal nas interações sociais, enquanto se encontre próxima ao outro.

Um dos entrevistados (H) relatou atualmente não acessar ao SUS porque nos momentos que fez isso, ficaram uns “traumas” que o fizeram desistir de procurar atendimento através deste. Os “traumas” que ele relatou foram momentos de constrangimento que ele viveu ao procurar o SUS em busca de informações e/ou direcionamento respeito à sua transexualidade e ao processo transexualizador.

A atitude dos profissionais e a sua falta de sensibilidade às necessidades das pessoas Trans., é apontado por outras pesquisas, como uma das barreiras de acesso aos serviços de saúde (MORIARTY; THIAGALINGAM, 1998). Lidar com a diversidade de forma depreciativa e desinteressada dentro do campo da saúde, repercute na qualidade de vida destas pessoas, na sua autoestima e viola seus direitos e liberdades. A discriminação, não é meramente uma suma de atos individuais e concretos, nem uma questão de preferências pessoais, se trata de uma conduta com bases culturais arraigadas e socialmente estendidas (ZEPEDA, 2006).

No que concerne ao nome social, apesar das várias portarias existentes que visam garantir esse direito (BRASIL, 2009), os relatos das/os entrevistadas/os apontam um forte preconceito na insistência e falta de uso e respeito deste pelas equipes de saúde, funcionárias/os, entre outros. A seguir trecho de uma entrevista que exemplifica o anterior:



“Eles desconhecem das leis [...] e acabam falando que não, que não é possível porque no sistema deles tem um vínculo, no sistema de informações da tecnologia deles, que tem um vínculo com os órgãos públicos onde quando colocam o CPF aparece meu nome de RG e daí não tem como mudar isso” (T).

Um outro entrevistado (A) relatou que numa consulta na emergência o “interesse das enfermeiras, da equipe de saúde, era maior em entender porque o nome e foto da carteirinha eram tão diferentes ao seu aspecto”, fazendo-o sentir como um “louco” e desatendido, pela atenção maior nisso, que na sua doença. Assim mesmo, “H” qualificou como “muito ruim” o atendimento na unidade básica, por causa da pessoa da recepção não respeitar seu nome social, nem perguntar nada para ele, dizendo o seu nome civil em voz alta. Igualmente relatou que a médica “usava um olhar muito grosseiro para o tema”, ao final foi encaminhado para psicologia, mas não conseguiu marcar por problemas administrativo.

Embora estas situações de desrespeito ao nome social estiveram em todos os relatos, alguns das/os entrevistadas/os referiram que antes foi bem pior e que a situação tem melhorado. Uma das entrevistadas relata:

“[...] no começo, eu já tive assim vários bafões, estar gritando [...] Porque me trataram no masculino, eu ia falar na hora de tu preencher para fazer o atendimento, e eu falar eu quero o nome social, e eles não respeitarem. Então várias vezes assim, mas aquela coisa que a

gente fica dando na tecla numa hora dá, no começo assim foi um pouquinho difícil, mas hoje não, hoje já é mais tranquilo” (R).

Os problemas com o nome social não são alheios aos serviços particulares de saúde. Neste caso “A” comentou várias situações onde ao ser chamado para entrar à consulta foi usado o seu nome civil. Quando isto acontece o entrevistado refere “não fazer questão de ouvir” e/ou “fazer contar que essa outra pessoa não existe”, para depois ir embora para casa sem ser atendido.

O respeito pelo nome social e o uso adequado dos pronomes por parte das/os profissionais e funcionárias/os da saúde faz parte do acolhimento e de ter uma atenção à saúde humanizada. O seu uso é de suma importância na relação e empatia destas pessoas com a equipe e para a criação do vínculo. Visto este último como uma necessidade (CECILIO, 2001), que vai pautar a saúde da pessoa que está procurando ser atendida, assim como a sua adesão aos futuros orientações, terapias, procedimentos, etc. Na pesquisa feita por Rocha et al., uma das entrevistadas questionou o como poder confiar e falar da sua vida e estabelecer um vínculo com uma pessoa que de entrada a chama de “ele”, como ela relatou: “negando tudo o que eu sou e represento” (ROCHA et al, 2009). Em sintonia com o anterior, o entrevistado “A”, referiu no gostar de ir ao médico par evitar esses constrangimentos.

Assim mesmo, na pesquisa de Cerqueira-Santos *et al.* (2010), transexuais e transgêneros, relataram forte preconceito percebido pela insistência em não usar o nome social, nesse caso feminino, causando situações de constrangimento com o uso do nome masculino e revelação publica da condição de “trans”. Uma revelação pública que não é

desejada, devido ao que isto possa produzir nas pessoas que estão na sala de espera, nas outras possíveis formas de violência e discriminação que possa desatar. Em Rocha *et al.* (2009), sinalaram este como um mecanismo para falta de respeito, discriminação e exclusão.

Igualmente, prevendo uma atenção integral, a equipe e funcionárias/os dos diferentes serviços do SUS, devem se manter atualizados e cientes das políticas públicas existentes na atenção à população Trans, assim como das diferentes portarias de inclusão existentes. É também fundamental uma educação continuada, a qual é ferramenta indispensável dos sistemas de saúde para assegurar a qualidade e pertinência das ações para a atenção às necessidades em saúde. Para tal, é importante estar cientes dos diferentes fatores e a dinâmicas que fazem parte da saúde integral (MEJÍA, 1986).

### Conclusões

Das barreiras aos cuidados em saúde desta população, destaca-se a estrutural. Nesta, profissionais e funcionárias/os da área da saúde desrespeitam as pessoas *Trans*, por conta do não uso do nome social e dos pronomes de preferência desta. Essa situação, de acordo aos resultados deste estudo, gera desconforto, discrimina e afasta estas pessoas dos serviços de saúde em geral, assim como também os converte em potenciais alvo de assédio e preconceito, por parte das outras pessoas que estão dentro do serviço, quando se revela de forma pública sua identidade por conta dessa falta de sensibilidade.

## Referências

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. “Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.15-40, 2009.

BAUER, Greta R.; HAMMOND, Rebecca; TRAVERS, Robb.; KAAAY, Matthias; HOHENADEL, Karin M.; BOYCE, Michelle. “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. **Journal of The Association of Nurses in Aids Care**, v. 20, n. 5, p.348-361, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. **Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Conselho Nacional de Combate à Discriminação; 2004.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério de Saúde; 2008a.

BRASIL. **Portaria no 1.707, de 18.08.2008**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. **Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Ministério de Saúde. Brasília. 2013b

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. 236 p.

CECILIO, Luis Carlos de Olivera. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde In: Pinheiro Roseni, Mattos Araújo Ruben. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: 2001 ABRASCO p. 113-26.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; CALVETTI, Prislá U.; ROCHA, Kátia B.; MOURA, Andreína; BARBOSA, Lúcia H.; HERMEL, Júlia. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 44, n. 2, p. 235, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1999, p. 206.

GOMES, Romeo, SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; Silva Cláudio Felipe Ribeiro da. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.

KIDD, Jeremy; WITTEN, Tarynn M. Transgender and Transsexual Identities: The Next Strange Fruit—Hate Crimes, Violence and Genocide Against the Global Trans-Communities. **Journal of Hate Studies**, v. 6, n.31, p. 31-63, Junio 2008.

MEJÍA, Alfonso. Educación continua. **Educación médica y salud**, v. 20, n. 1, p. 43–69, 1986. Acesso em: 11 jul. 2014.

MIRIÉ, Marija. Estigma y discriminación: vinculación y demarcación. **Revista Paradigmas**, v. 1, n. 2, p. 83-7, 2003

MORIARTY, H.; THIAGALINGAM, A. Audit of service to a minority client group: Male to female transsexuals. **International Journal of STD & AIDS**, v. 9, n. 4, p. 238–240, 1998.

OMS. **Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health**. Geneva: World Health Organization Press, 2002.28 - 31p.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative evaluation and research methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1990, p. 169-186.

RUIZ, José Ignacio Olabuénaga. **Metodología de la investigación cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.

SERANO, Julia. **Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity.** Berkeley, Ca: Seal Press, 2007. 408 p.

WITTEN, Tarynn M. Birth sex is not gender. Comments on “Efforts to address gender inequalities must begin at home.” **The Lancet**, v. 366, n. 9496, p. 1505, 2005.

ZEPEDA, Rodriguez Jesus. **Un marco teórico para la discriminación.** México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2006.

### ABSTRACT

Sexuality and gender are factors that influence and determine the overall health of a human being. There is in the society a prevalent idea that sexual identity and gender expressions are inflexible, disregarding, making invisible and excluding those who transgress these socially constructed parameters as *normality*, as in the case of the *Trans* population. It understands that sexual and gender diversity are part of the expressions of human sexual dimension and therefore should be respected and considered in their differences. However, forms of discrimination against *Trans* people in Brazil persist in the interpersonal, institutional and structural areas, reaching the health system itself. This exploratory-descriptive qualitative research, aimed to discuss and analyze the experiences of transgender, transsexuals and transvestites (*Trans*) community with health care in different public health services and their perceptions of these services. Selected for convenience, were interviewed seven (7) *Trans* people, between 22 and 42 years old, where four identified themselves as men, two as transvestites and one as a woman. Few of theirs make use of SUS and prefer the use of private services. Respect to hormone therapy, all of them ever self-medicated and currently the vast majority continue doing this practice. In the reports was perceived prejudice and discrimination by the professionals and/or employees of both SUS and private services. Access to health care was seen limited by structural barriers in regard to the use of the social name and the hetero-cissexual paradigm that permeates the interactions of this population with SUS. It is necessary to break these paradigms and rebuild health through diversity and its various expressions as part of the complexity of human beings.

**Key words:** Transsexualism; transvestites; hetero-cis-normative; discrimination; Public health system.