

A POPULAÇÃO LGBT E O SUS: PRODUÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO CUIDADO EM SAÚDE

Daniele da Silva Fébole

(Programa de pós-graduação em Psicologia da UEM)

Murilo dos Santos Moscheta

(Docente do Departamento de Psicologia - UEM)

RESUMO

Este trabalho investigou a produção de violências na relação de cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTs) em sua relação com os efeitos de visibilidade e invisibilidade dessa sexualidade, no âmbito da saúde pública no Brasil. Consideramos, que a assistência à saúde é atravessada por efeitos de violência advindos de uma construção social do cuidado pautada em normatizações de gênero e sexualidade. Utilizamos para análise 8 oficinas realizadas com a população LGBT e organizamos dois eixos de análise: o primeiro traz narrativas que descrevem momentos de atendimento em saúde em que há a violação de direitos previstos em normativas e leis, portanto, são violências institucionalmente reconhecidas como violências; o segundo traz categorias de análise que descrevem formas de violência, a partir da visibilidade ou invisibilidade de aspectos que se relacionam à sexualidade LGBT, quais são: sobreposições, desfoco, deslegitimação. Estas não são vistas como violência por parte de profissionais da saúde, mas se relacionam a um posicionamento ético-político das políticas públicas e da formação de profissionais.

Palavras-chave: LGBT; Saúde Pública; Violência; Visibilidade; Invisibilidade.

INTRODUÇÃO

A sexualidade como hoje a conhecemos deriva de um processo histórico de negociações e disputas de poder: sobre o corpo, o desejo, a escolha, o prazer... mas, acima de tudo, sobre o prazer.

Foucault (2015) afirma que a sexualidade é um dispositivo de controle social e

Realização:



Apoio:



DTP Departamento de Teoria e Prática da Educação



político. Para ele trata-se de um conjunto heterogêneo que engloba diferentes discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais. A rede que se estabelece entre esses elementos é aquilo que ele chama de dispositivo.

Na área da saúde um nome muito conhecido, referente aos estudos das sexualidades (ou de suas anormalidades) é o de Krafft-Ebing e de sua obra *Psychopathia Sexualis* (2001). Neste livro são catalogados os comportamentos sexuais que se afastam da sexualidade dita normal, uma vez que o saber científico que se constituía entre o normal e o patológico necessitava da descrição e identificação das doenças para se legitimar (PEREIRA, 2009; MOSCHETA, 2011).

Assim como o conhecimento que o precedia, Krafft-Ebing classificou como perversa qualquer prática sexual que se distanciasse do objetivo de procriação. Para ele a homossexualidade - assim como a travestilidade - é uma perversão e se trata de uma predisposição congênita. Perversa por se desviar de sua direção natural e congênita por ser algo natural do indivíduo.

Leite Jr (2008) aponta como a vigilância para a concretização de um padrão de sexualidade era constante, uma vez que era necessário educar as pessoas para se manter os limites entre o que era ser homem e mulher, a partir da perspectiva de uma natureza humana. Ainda para o autor, muitos estudos pioneiros da sexologia utilizaram-se dessa naturalização para justificar novas categorias conceituais e de tipos humanos (homossexuais, por exemplo). Esses comportamentos sexuais 'anormais' eram explicados por variações inatas e não mais malignas para o indivíduo ou sociedade, pois, por serem características intrínsecas, não se mostravam passíveis de cura.

Essa narrativa sobre as sexualidades nos mostra como essas identidades se construíram dentro de um discurso médico científico, que serviu à defesa de um 'direito' de profissionais de saúde a reclamarem a sexualidade como um domínio de suas intervenções, contribuindo com certa defesa de um território profissional – ou a construção de um mercado profissional. Essa apropriação médico-científica da sexualidade serviu também para o seu policiamento, para que ela pudesse ser submetida à uma formatação, enquadrada e normatizada em benefício de alguns interesses. Portanto a sexualidade no campo medico-cientifico sempre foi objeto de

Realização:



Apoio:



DTP Departamento de Teoria e Prática da Educação



violência. A violência do cuidado está presente desde o início da relação entre saúde e sexualidade. O cuidado com a sexualidade serviu, desde sua origem, como um discurso encobridor da violência sobre a sexualidade.

DESLOCAMENTOS DISCURSIVOS

Em 1973 a homossexualidade foi retirada da categoria de doenças mentais pela Associação Americana de Psiquiatria, sendo seguida pela brasileira em 1985.

Essa retirada se deu, sobretudo, a partir de movimentos sociais que questionaram esses discursos patologizantes. Com isso, abriram-se espaços para a organização cada vez maior de grupos de militância que buscavam, cada vez mais, direitos civis para a população LGBT. Esse período, de acordo com Facchini (2005) é marcado, pela incidência do HIV/Aids e com isso há uma maior preocupação dos grupos da época com políticas voltadas ao cuidado dos homossexuais e a tentativa de desassociação da doença com a homossexualidade. Isso se deu pela tentativa de construir uma boa imagem pública da homossexualidade que permitisse a luta pela garantia de direitos, por meio da desvalorização dos aspectos considerados marginais da homossexualidade.

A partir disso foi possível um deslocamento discursivo, que de acordo com Moscheta (2011), corresponderia a deixar de compreender a sexualidade como um problema e olharmos para o que é feito com a população LGBT, ou seja, o foco se torna a discriminação. O autor sintetiza esse deslocamento em três momentos: o do indivíduo doente (o perverso de Krafft-Ebing); o grupo de risco (a peste *gay*); e a sociedade desigual (o combate à discriminação). Com isso, criou-se uma política pública de enfrentamento à discriminação no Sistema Único de Saúde (SUS), a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, que tem como objetivo “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p. 18). A política além de ser considerada como fruto de intensas investidas sociais, é também o reconhecimento do preconceito como um determinante social de saúde.

REALIZAÇÃO:



APOIO:



Nosso trabalho, portanto, tem como objetivo elucidar as violências que atravessam os atendimentos em saúde ainda que a política traga essa perspectiva ético-política de atuação. Buscamos, com isso, visibilizar tipos de violências que não são consideradas como tais por profissionais da saúde, mas que promovem consequências às e aos usuários nos atendimentos em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram realizadas 8 oficinas com a população LGBT nas cidades de Maringá e Curitiba. Elas tiveram cerca de 1h30 de duração e entre 4 e 10 pessoas em cada oficina. Realizamos 3 oficinas com mulheres lésbicas e bissexuais, 3 oficinas com homens gays e bissexuais e 2 com pessoas transexuais. A oficina foi composta por dois momentos: no primeiro foi realizado uma espécie de aquecimento onde falamos dos serviços de saúde; o segundo, chamado de conversa final, as e os participantes nos contavam suas histórias de atendimento em saúde. As oficinas foram transcritas e posteriormente selecionamos os trechos para análise a partir de 3 perguntas: i) o que acontece na relação de cuidado em saúde quando a sexualidade LGBT se torna visível? ii) quais mecanismos de visibilidade e invisibilidade da sexualidade LGBT são produzidos? iii) quais as consequências para o atendimento em saúde?

Analizamos os trechos selecionados a partir do construcionismo social e do conceito de práticas discursivas (SPINK, 2004). Práticas discursivas são os momentos de linguagem em ação e consideramos que, ao falar de suas experiências em saúde as e os participantes traziam em suas falas os discursos maiores que constroem os sentidos sobre sexualidade.

A partir disso construímos dois eixos de análise: Como forma de organização das análises, no primeiro eixo “Sobre as violências que são nomeadas como violências” organizamos trechos que descrevem situações que legalmente e de acordo com normativas institucionais de atenção à saúde seriam consideradas como violências. Já o segundo eixo “Sobre as violências que nós nomeamos como violências” construímos categorias que expressam momentos que na relação de cuidado em saúde são produzidos efeitos de visibilidade ou invisibilidade de

Realização:



Apoio:



aspectos que se relacionam à sexualidade LGBT. Assim, a depender do que é elencado como foco de atenção e cuidado pela (o) profissional é produzido esse jogo de visibilidades e invisibilidades. Ademais, a população LGBT faz o manejo do que se tornará visível ou não na relação de com a equipe de saúde no que se refere a sua sexualidade. Consideramos que esses movimentos de visibilidade e invisibilidade são produtores de violência nessas relações de cuidado, contudo essas violências não são nomeadas como tal nos dispositivos legais e normativos que regulam o exercício profissional no campo da saúde. O que oferecemos neste eixo é uma classificação das operações de visibilidade e invisibilidade da sexualidade LGBT que produzem violências no cuidado.

SOBRE AS VIOLÊNCIAS NOMEADAS COMO VIOLÊNCIAS

Neste eixo apresentaremos trechos que ilustram momentos marcados por situações de homofobia e sexismo com o intuito de apontar a presença desse tipo de opressão nas ações em saúde, transformando aquilo que deveria ser um contexto de cuidado em propagador de violências. O que chamamos de violência se refere a violação de leis, normas e parâmetros coletivos que determinam um modo de agir no campo social e profissional.

Essas violências se traduzem, por exemplo, na negação de atendimento à uma mulher lésbica, por ela ser lésbica e na negação do uso do nome social, por exemplo, como veremos a seguir em trechos das oficinas:

Participante 2: Hum.. o ano passado eu fui várias vezes ao médico e teve uma situação assim que eu considero horrível, que eu não gostaria que nenhuma pessoa passasse por isso que eu passei. Eu levantei a noite porque eu queria beber água e tinha que passar pelo corredor e nesse corredor tinham duas enfermeiras conversando e falando de tal menina de tal quarto, e eu sabia que era eu porque era o único quarto que tinha naquele corredor... e uma das enfermeiras se negava a me dar remédio e disse: eu não vou, você viu o que ela é?

Participante 1: aconteceu uma vez que eu fui em uma unidade de saúde, eu falei que meu nome é esse aqui e eu gostaria de ser chamado por esse nome né, dai a moça falou assim: eu não vou te

Realização:



Apoio:



chamar por esse nome não, eu não tenho culpa que você saiu da sua caixinha agora.

A negação de atendimento à mulher lésbica revelam a homofobia. Esta situação, no enquadre que este trabalho produz é facilmente compreendida como um tipo de violência. Entretanto, se faz necessário descrever o que se produziu de violência nesse encontro: a recusa em levar a medicação que diz sobre a negação de exercer uma atividade profissional e uma recusa em interagir de modo humano e respeitoso com alguém justificada por uma descrição negativa da diferença.

Quanto a negação do uso do nome social, no dia 13 de Agosto de 2009 foi instituída a Portaria nº 1.820 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários(as) da saúde. Nessa portaria temos o seguinte artigo:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I- Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas. (Portaria nº 1820, 2009).

Ele garante, portanto, o direito ao uso do nome social nos serviços de saúde e a possibilidade da(o) usuária(o) ser tratada(o) pelo nome que preferir. Deste modo, não acatar essa portaria acarreta não apenas na violação dos direitos dessa população, mas também na propagação da violência transfóbica.

Essas violências nos parecem mais visíveis por terem aparatos legais, institucionais e sociais que já as reconheceram como violências e, portanto, buscam normatizar o modo de atuação das e dos profissionais.

SOBRE AS VIOLÊNCIAS QUE NOMEAMOS COMO VIOLÊNCIAS

Realização:



Apoio:



DTP Departamento de Teoria e Prática da Educação



Neste eixo as categorias descrevem momentos onde a relação de cuidado com a população LGBT produz focos de atenção que tem como resultado a visibilidade de alguns aspectos de sua sexualidade e invisibilidade de outros, resultando em violências.

Sobreposições

A sexualidade ao se tornar visível hipervisibiliza aspectos relacionados à essa sexualidade que passam a se sobrepor às outras características da(o) usuária(o) e com isso invisibiliza outras necessidades em saúde trazendo consequências para a produção do cuidado em saúde.

Nos atendimentos em saúde, a partir das oficinas realizadas, notamos a associação entre a homossexualidade masculina e DSTs. Os gays são vistos como portadores em potencial do vírus, por exemplo, neste trecho:

Participante 5: Eu já falo e vi profissional que depois que me atendeu sair lavando a mão. Eu já ouvi profissional dizendo que “atendi um viado, se tivesse me furado eu tava ‘fodido”.

Ainda,

Participante 5: A o problema de procurar uma vaga pra saúde é. não julgando os que estão, acho que se você ta com dor você ta com alguma doença transmissível, se você tá com febre você ta com alguma doença transmissível, com uma conjuntivite. Tudo é relacionado, tudo que você passa para ele que você tem ele vai e joga que você ta assim porque deve ter contraído alguma doença sexualmente transmissível e você é promiscuo. Se você ta doente é porque você é promiscuo.

Ou seja, a partir da sexualidade homossexual visível as normativas de gênero em relação a sexualidade são acionadas e é feita a associação entre homossexualidade e DST/AIDS.

Sobreposições foi um termo escolhido por caracterizar, ao nosso ver, esses jogos de visibilidades e invisibilidades construídos a partir das histórias. Aos gays sua sexualidade visível provoca o acionamento nos/nas profissionais de saúde de

Realização:



Apoio:



normativas de gênero e sexuais hipervisibilizando suas sexualidades tornando-as focos de intervenção em saúde ao alinhá-las com as performances de gênero masculinas e à luz da heteronormatividade. Desta forma, a homossexualidade sobrepôs não apenas outras necessidades de saúde, mas a integralidade do sujeito e este não é visto como existente fora de sua sexualidade.

Desfoco

A sexualidade ao se tornar visível é ignorada em determinados aspectos por profissionais da saúde e a relação entre mulheres é invisibilizada. Trata-se de uma miopia em relação à essas especificidades, ao passo que outras questões ganham nitidez, ganham foco.

Como exemplo, temos o atendimento com uma mulher bissexual que ao dizer de sua sexualidade ela é ignorada em suas relações com mulheres e a atenção se volta apenas para sua relação com homens.

Participante 3: A minha eu acho que passa bem pelo constrangimento mesmo. Então eu acho que um lugar que acontece isso várias vezes é no ginecologista né? Eu fui na ginecologista uma vez e ai eu era mais nova, mas eu já tinha, tava namorando uma menina na época, e ai tem aquelas perguntas de praxe: “ah, relação sexual e tal”, e ai eu fui e falei que eu namorava uma menina e eu tinha relação sexual com ela, foi meio ingênuo assim. Não, eu tenho relação sexual com ela e ai? Ai ela falou, mas e com homem, você tem? Ai eu: não, eu não estou tendo uma relação com homem, mas eu também não sou completamente lésbica, eu posso vir a ter. Ai, o constrangimento foi meio que depois disso... É claro, eu fiquei constrangida em falar, mas quando ela falou, porque foi meio que uma indiferença, ela falou: não, então, quando você estiver em uma relação com homem tem que fazer isso, isso e isso.

Os profissionais desconsideraram estas práticas no encontro com as usuárias, ignorando a informação e o pedido de esclarecimentos sobre o cuidado em saúde. Ao inserir na relação de cuidado a informação da não heterossexualidade, apesar da interrupção do sistema sexo/gênero/desejo, ainda permanece acionado o saber normativo de gênero e a heterossexualidade compulsória. Isto é, a mulher sexualmente passiva e heterossexual. Desta forma as práticas sexuais de mulheres

Realização:



Apoio:



DTP Departamento de Teoria e Prática da Educação



só são legitimadas se forem com homens, reiterando a ideia de que o corpo da mulher é voltado à procriação e não ao prazer.

O que ocorreu foi o desfoco da bissexualidade e o direcionamento do olhar apenas para um dos aspectos: a relação já conhecida pelas (os) profissionais da saúde que é a relação heterossexual.

Deslegitimação

A sexualidade transexual se torna visível e é negada por profissionais da saúde, caso não preencha critérios específicos.

O que está em jogo é o uso de categorias diagnósticas que formatarão o que é ou não a verdadeira transexualidade. Diferente do desfoco, aqui a transexualidade só é possível se atender aos requisitos médicos, caso contrário ela pode ser negada. Como, por exemplo,

Participante 2: É aquela coisa: você acha que você é trans? Um psicólogo olhou pra mim e disse que eu não ia conseguir a cirurgia porque você não tem a aparência desse menino aqui. Na minha cara. Você pode até ser gay, mas trans você não é.

O que esse trecho elucida é como o diagnóstico e o “aval” de profissionais da saúde ainda delimitam o que é ou não a transexualidade, uma vez que ela ainda figura na Classificação Internacional de Doenças (CID) como disforia de gênero.

A necessidade do diagnóstico impõe às interações entre profissionais de saúde e usuários/as trans estruturas interacionais e posições discursivas nas quais tais profissionais atuam como juízes das performances identitárias dos/as usuários/as. Nas consultas, profissionais de saúde oferecem a seus/suas interlocutores/as um vocabulário para que possam satisfazer as demandas narrativas (COUPLAND ET. AL., 2005) exigidas pelo CFM (BORBA, 2016, p. 68).

Assim, o que podemos compreender é que os/as profissionais não estão ali apenas para acompanhamento terapêutico do estado emocional das/os usuárias/os, mas também para que ocorra a avaliação se é uma demanda “real” ou não e a adequação dessas pessoas às categorizações prévias de transexualidade.

Realização:



Apoio:



DTP Departamento de Teoria e Prática da Educação



Desta forma, consideramos que neste jogo de visibilidade e invisibilidade na relação entre as psicólogas e as pessoas trans houve um esforço de apagamento da transexualidade. Neste sentido, foram invisibilizadas vivências da transexualidade que não se adequam ao protocolo do que é considerada “verdadeira transexualidade”, tendo como consequência o emudecimento do que as pessoas trans vivem e dizem de si mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho lançamos olhar sobre modos de relações entre profissionais e usuárias (os) da saúde que produzem violências. Chamar essas relações de violentas é, sobretudo, uma tentativa de legitimá-las como tal, pois elas se assentam em um modelo social heteronormativo que produz um jeito de viver a sexualidade como o correto colocando as outras formas possíveis em uma relação de subalternidade. Deste modo, as ações em saúde se orientam para o cuidado com corpos heteronormativos e quando essa lógica é quebrada, de alguma forma, há um esforço de correção por parte de profissionais em normatizar aquilo que foge de seu campo de inteligibilidade. Ademais, a construção identitária LGBT, como vimos, é marcada por associações, estigmas e relações de saber/poder que tornam essas pessoas inteligíveis a partir de certas marcas.

A heteronormatividade constrói os modelos de ação em saúde. Ela se associa, ainda, a construção de um lugar de poder de profissionais de saúde. Deste modo, com as categorias que construímos podemos questionar o modo que esses atendimentos vem sendo direcionados, uma vez que ocupando esse lugar de saber/poder as e os profissionais se colocam em posição de saber (sobre as necessidades, os cuidados, o corpo do/a outro (a)) e não precisam ouvir o que a outra pessoa no atendimento tem a dizer.

Assim, a violência empregada nesses atendimentos se relacionam a negligência as necessidades em saúde dessa população, a invisibilização de identidades, e, sobretudo, servem como dispositivo de manutenção de uma estrutura e de uma dada regulação da vida social. Mantém-se uma lógica social a partir das relações de cuidado.

Realização:



Apoio:



DTP Departamento de
Teoria e Prática
da Educação



Ao afirmar que essas relações de violência perpetuam o modelo heteronormativo trazemos para discussão a dimensão ética e política de profissionais da saúde e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

A política diz de aspectos técnicos dentro de um campo político formatado que leva em conta os determinantes sociais da saúde e as lutas contra as discriminações. Assim, ela busca a transformação de uma sociedade reprodutora dessas opressões. Ela tem, deste modo, um desdobramento técnico preciso que considera quais são as violências que são vistas como violências e a proibição em praticá-la (como aquelas descritas no eixo “Sobre as violências nomeadas como violências”). Entretanto, o ordenamento técnico não se dá apenas por aspectos técnicos, mas políticos da própria política.

As e os profissionais precisam ser tecnicamente qualificados, mas mais do que isso a análises dessas violências nos faz compreender que mesmo um trabalho tecnicamente impecável pode produzir violências. Ora, profissionais que agem de acordo com os procedimentos do SUS para o processo transexualizador seguem o padrão diagnóstico e com isso podem violentar pessoas que não se adequam a esses padrões. Neste sentido, a própria norma se torna violenta. O mesmo acontece com a normativa da doação de sangue.

Portanto, mais do que treinar profissionais para o atendimento precisamos considerar qual a dimensão política buscamos alcançar no SUS. Os atendimentos, sendo heteronormativos como vimos, produz violências e continua reproduzindo essa estrutura que perpetua a hierarquização sexual. A construção de ações e cuidado em saúde não discriminatórias e produtoras de violência parece estar na negação dessa lógica heteronormativa que orienta a formação e os padrões de atendimento em saúde.

REFERÊNCIAS

BORBA, R. Receita para se tornar um “transexual verdadeiro”: discurso, interação e (des)identificação no processo transexualizador. **Trabalhos em Linguística Aplicada** v. 55, n. 1, p. 33–75, abr. 2016. Disponível em:

Realização:



Apoio:





<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-18132016000100033&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FACCHINI, R. **Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

KRAFFT-EBING. **Psychopathia Sexualis**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEITE JR, J. **Nossos corpos também mudam: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico**. Pontífica Universidade Católica de São Paulo, 2008. 230 p. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3992>>.

PEREIRA, M. E. C. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** v. 12, n. 2, p. 379–386, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

ABSTRACT

This work investigated the production of violence in the health care relationship of lesbians, bisexuals, transvestites and transsexuals (LGBTs) in relation with the visibility and invisibility effects of their sexuality in the scope of public health in Brazil. We consider that health care is crossed by the effects of violence arising from a social construction of care based on gender and sexuality norms. We used for analysis 8 workshops with the LGBT population and organized two axes of analysis: the first brings narratives that describe moments of health care in which there is a violation of rights set forth in regulations and laws, therefore, they are violence institutionally recognized as violence; The second axe brings categories of

Realização:

Apoio:





analysis that describe forms of violence, from the visibility or invisibility of aspects that relate to LGBT sexuality, which are: overlaps, defocus, delegitimation. These are not seen as violence by health professionals, but are related to an ethical-political positioning of public policies and the professionals training.

Key-words: LGBT; Public health; Violence; Visibility; Invisibility

Realização:



Apoio:



DTP Departamento de
Teoria e Prática
da Educação

