

Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso

Attributes of Primary Health Care and tools of family and community medicine in the care of sexual and gender diversities: Case report

Atributos de la Atención Primaria a la Salud y herramientas de medicina de familia y comunidad en la atención a las diversidades sexual y de género: Relato de caso

Átila Mourão Lima¹, Rodrigo Torres do Nascimento², Carla Moura Cazelli², Thais Gonçalves Ferrão de Carvalho²

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivo: Este trabalho objetiva apresentar o médico de família e comunidade como um importante profissional na área da saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais. **Métodos:** Relato de caso ilustrando encontro clínico e uso de ferramentas da medicina de família e comunidade. **Conclusões:** O médico de família consegue elaborar um projeto comum para o manejo dos problemas dessa população, que, além dos de origem biológica, compreende outros fatores que podem provocar adoecimento: o preconceito que atravessam no mero ato de sair à rua, a pressão de familiares descontentes com sua diversidade, sexual ou de gênero, a dificuldade psicológica da pessoa para se livrar dos seus próprios tabus e preconceitos para se permitir aceitar novas identidades.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Pessoas Transgênero; Minorias Sexuais e de Gênero

Abstract

Objective: This paper aims to present, through a bibliographic review and case report, the Family physician as an important professional working with the health of lesbians, gays, bisexuals and transsexual individuals. **Methods:** Case report illustrating clinical meeting and use of family and community medicine tools. **Conclusions:** The Family physician manages to elaborate a common project on how to manage its problems, that beyond those with biological origins, may cause illness: the prejudice they pass through by only going to the streets, pressure of the family unhappy with their gender or sexual diversity and the person's psychological difficulty of getting rid of their own taboos and prejudices to allow new identities.

Keywords: Family Practice; Transgender Persons; Sexual and Gender Minorities

Como citar: Lima AM, Nascimento RT, Cazelli CM, Carvalho TGF. Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1785. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1785](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1785)

Autor correspondente:

Átila Mourão Lima.

E-mail: atila.m.lima@gmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 26/06/2018.

Aprovado em: 24/06/2019.



Resumen

Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo presentar, por medio de un repaso bibliográfico y un relato de caso, el médico de familia y la comunidad como un importante profesional en el área de la salud de la población de lésbicas, gays, bisexuales y transexuales. **Métodos:** Relato de caso ilustrando encuentro clínico y uso de herramientas de la medicina de familia y comunidad. **Conclusiones:** El médico de familia y comunidad logra hacer un proyecto común para el manejo de sus problemas, que además de los problemas de origen biológica, comprende otros factores que pueden provocar la enfermedad: lo prejuicio que sienten por solamente salir a la calle, la presión de familiares descontentos con su diversidad, sexual o de género, la dificultad psicológica de la persona para deshacerse de sus propios tabúes y prejuicios para que pueda aceptar nuevas identidades.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Personas Transgénero; Minorías Sexuales y de Género

Introdução

A medicina de família é uma especialidade médica que se propõe a atender o paciente compreendendo seu local dentro de um contexto social, econômico e cultural na sociedade. Tal especialidade surge com a crise do paradigma biomédico de abordagem à saúde, em que o saber em saúde fragmentado, cartesiano, flexneriano e especializado dá lugar a uma nova visão, de ordem biopsicossocial e integral.¹ O médico de família e comunidade é especialista em atuação no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), cujos atributos essenciais são acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidado.^{2,3}

A garantia de acesso ao serviço de saúde de forma equitativa e justa a todos os seus possíveis usuários é uma das grandes responsabilidades e dificuldades do médico de família e comunidade (MFC).^{2,3} Historicamente, todas as minorias, sejam elas raciais, de classe, sexuais, de gênero ou de outras identidades, enfrentam barreiras de acesso a serviços de saúde, por desigualdade de oportunidade e de inserção no sistema hegemônico, violências, discriminação e do preconceito.

Com a população LGBT, e em especial mulheres e homens transexuais e as travestis, não poderia ser de outra forma.⁴ Estudos já apresentaram a menor cobertura de mamografia e exames colpocitológicos em mulheres homossexuais.^{5,6} Existe também menor cobertura de planos de saúde desta população nos Estados Unidos.⁴ A percepção da qualidade de cuidados provida pelo sistema de saúde também é inferior entre os LGBT, em grande parte devido à percepção de discriminação pelos profissionais de saúde.^{7,8}

A população LGBT, sendo um setor minoritário e desviante da norma heteronormativa, apresenta piores indicadores de saúde, sendo considerada vulnerável. A prevalência maior nesta população de uma série de comorbidades, como a infecção pelo HIV,⁹ obesidade,¹⁰ tabagismo e uso de drogas ilícitas¹⁰ e transtornos de saúde mental¹¹ já é bem estabelecida na literatura. Além disso, o preconceito e violência que atravessam gera importante prejuízo em suas condições de saúde. O Brasil é o país do mundo onde é registrado o maior número de casos de assassinatos de pessoas por homofobia.^{12,13}

Entendendo esta população ser afetada de forma mais contundente por uma série de violências, o que a torna mais vulnerável, e sabendo o papel primordial que o MFC tem como garantia de acesso ao sistema de saúde e escuta qualificada para qualquer estrato populacional, o objetivo desse trabalho é demonstrar, através de um relato de caso associado a revisão bibliográfica, a aplicação das ferramentas da MFC ao atendimento de um indivíduo LGBT que compareceu a uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro, de forma a demonstrar alguns dos artifícios da prática do MFC capazes de tornar mais qualificado o atendimento a estas pessoas em um cenário de APS.

Detalhamento do caso

P.C., 44 anos, homem transgênero, motorista profissional, veio em atendimento de livre demanda solicitando renovação de receita de anti-hipertensivo, que já fazia uso previamente. No entanto, em seu cadastro para se submeter a consulta, foi destacado seu nome oficial, feminino. Ao ser chamado com o nome feminino, responde: *“A menina me cadastrou com nome de mulher! Me chame de P., é meu nome social.”*

Após o incômodo de ter sido denominado de forma incorreta, lhe é perguntado sobre a adaptação social que P.C. passou durante a vida por conta da sua identidade de gênero: diz que passou a se apresentar como homem aos 18 anos, mas nunca se submeteu à hormonioterapia, apesar de demonstrar desejo para tal atualmente. Comenta sobre dificuldades para aceitação do seu próprio corpo: *“Eu sou transgênero, e transgênero tem que tomar remédio, e eu não ‘tô’ tomando remédio, então eu quero tomar remédio.”* *“Já tentei botar sainha e sair no Bloco das Quengas, mas ninguém me quis e eu não me quereria também.”* *“Eu quero me sentir bem com meu corpo. Quero fazer musculação, mas não me sinto à vontade ainda. Minhas mamas são pra mim só um pedaço de pele, eu nem tenho sensibilidade nelas.”* *“É muito fácil pra mim arrumar o Durateston (testosterona injetável), mas eu não queria tomar assim de orelhada, queria deixar meu corpo do jeito mais perfeito possível.”*

Ao ser questionado sobre as violências que P.C. já passou em sua vida. *“Meus pais demoraram pra me apoiar, por isso eu saí de casa cedo. Tenho família em vários lugares, então me virar para achar uma casa nunca foi difícil.”* *“Quando meus pais faleceram, eles já me aceitavam, mas eu nunca pude ser verdadeiro perto deles, o que é diferente com os meus irmãos.”* P.C. nunca sofreu um episódio explícito de LGBT-fobia em sua vida. *“Eu sofri um assalto a faca quando tinha 18 anos e tive que fazer laparotomia. Fora isso, nunca sofri violência por ser quem eu sou. Mas medo a gente sente, ‘né’? Por sorte eu sempre pareci com homem mesmo, então ninguém nunca implicou comigo na rua, mas ninguém sabe o dia de amanhã.”*

Sobre sua saúde mental, P.C. responde: *“Acho que todo mundo ‘tá’ ansioso hoje em dia. Eu durmo pouco por causa do trabalho. Fico nervoso com dinheiro, porque quero sair da casa da minha irmã.”* O familiograma presente na Figura 1 mostra que ele vive no apartamento de uma irmã, cunhado e filho, com quem mantém relações afetuosas e próximas. Nega passar por situações de violência dentro de casa. O círculo familiar, apresentado na Figura 2, coloca sua irmã como importante fonte de apoio, e seus pais, já falecidos, como referências ainda importantes para sua saúde. Seu ecomapa, apresentado na Figura 3, é pobre, demonstrando relação apenas com a família, sua namorada e o emprego.

Sua orientação sexual é heterossexual: tem uma namorada, com quem tem um relacionamento conflituoso apesar de próximo, e casos extraconjugais rotineiros com outras mulheres. Não faz uso de nenhum tipo de método protetor para infecções sexualmente transmissíveis por não saber que elas são possíveis em relações sexuais entre mulheres.

Por conta de uma histerectomia para retirada de um volumoso leiomioma, P.C. não tinha mais colo de útero e não era necessária a coleta do colpocitopatológico. Seus valores pressóricos eram normais, e não tinha alteração de exames complementares, quanto ao seguimento da sua hipertensão crônica.

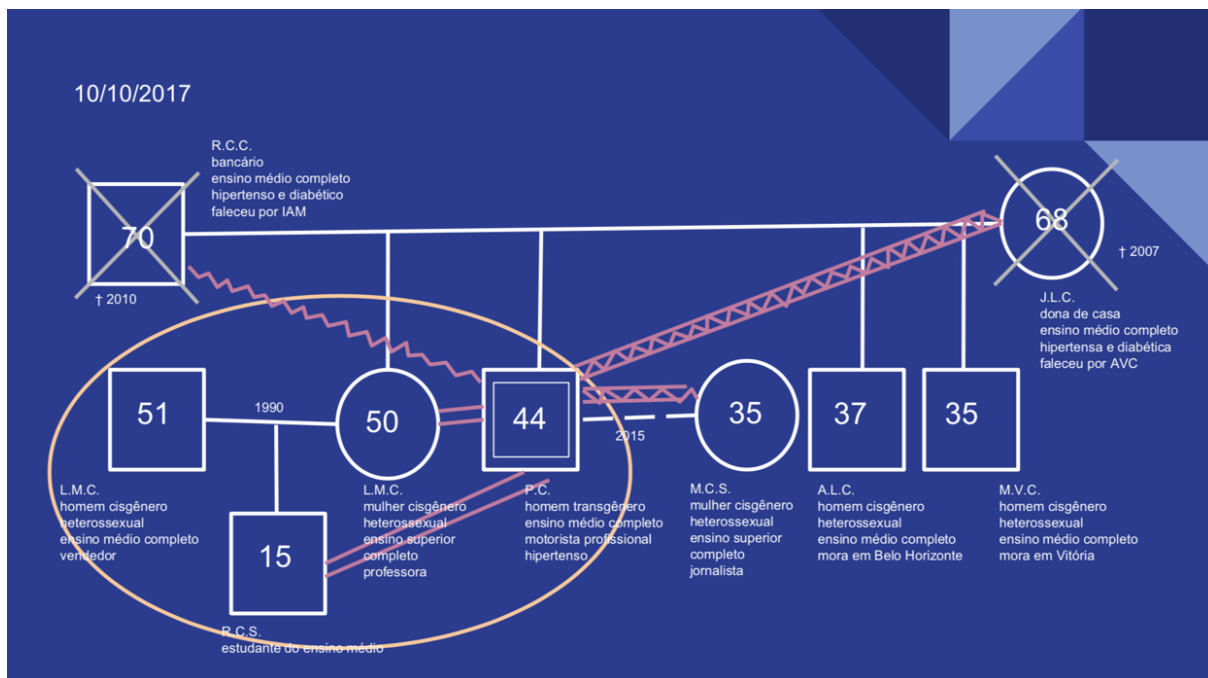


Figura 1. Familiograma de P.C. coletado em consulta no dia 10/10/2017.

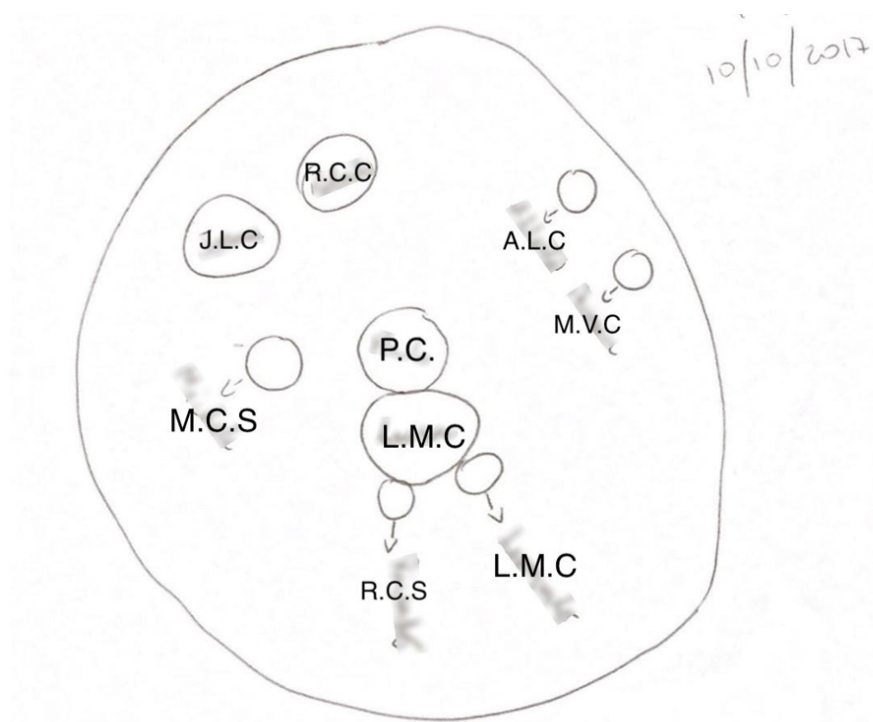


Figura 2. Círculo familiar de P.C. coletado em consulta no dia 10/10/2017.

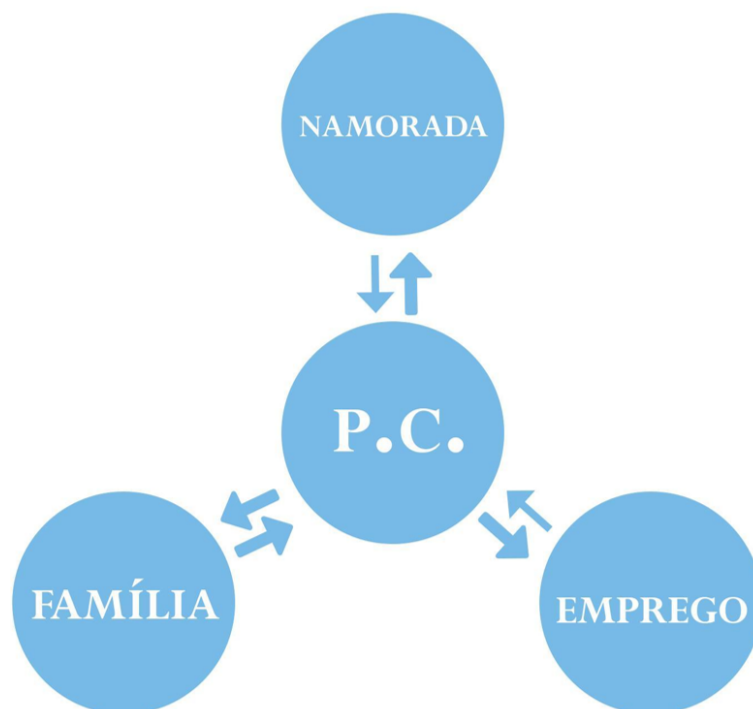


Figura 3. Ecomapa de P.C. coletado em consulta no dia 10/10/2017.

Ao final do atendimento, suporte é oferecido para P.C. a partir do acesso aberto à unidade e a equipe de saúde da família, coisa que ele percebe e agradece. “*Percebi que você se interessou por mim, isso faz diferença.*” Encaminho P.C. para que inicie processo transsexualizador no Hospital Universitário Pedro Ernesto em janeiro de 2018. Oriente quais os grupos de suporte na área de adscrição da equipe para suporte a população LGBT e outros que ofereçam apoio à população transexual no município do Rio de Janeiro.

Posteriormente, em reunião de equipe, em momento para educação em saúde, foi feita uma discussão com os ACS sobre a importância do uso do nome social para cadastramento de usuários transgênero, de forma a permitir acolhimento deste usuário na unidade. O *feedback* dos ACS é bastante positivo: a maioria deles já tem proximidade ao tema e enxerga o nome social como uma garantia de direitos, inclusive o prontuário eletrônico utilizado na unidade possui um campo para preenchimento de nome social pelo profissional que cadastra o usuário.

No entanto, o nome oficial é o que aparece quando o profissional técnico precisa chamá-lo ao atendimento. Após a reunião, é pensado entre equipe a redação de um ofício para a gerência, endereçado à Coordenação de Área Programática, a fim de explicitar o incidente para que o prontuário eletrônico seja alterado, além de firmar o fluxo de atendimento a pessoas que utilizem o nome social.

Discussão

Nossa sociedade cria maneiras de categorizar os indivíduos, estabelecendo atributos considerados como “comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias”, estabelecendo categorias de pessoas, essas categorias definem qual seria o papel de cada uma delas dentro da sociedade e como serão vistas pelos demais. Dessa forma, surge o estigma, uma ideia de que pessoas com determinadas características são vistas como normais e de outras como anormais.¹⁴

O início da epidemia da infecção pelo HIV e a AIDS, nos anos de 1980, tornou Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais e Travestis estigmatizados por serem um dos primeiros grupos populacionais, junto com outros indivíduos como profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, em que foi evidenciada a doença. Como consequência disso, na época, as práticas homossexuais passaram a ser encaradas como intimamente atreladas ao risco de transmissão do HIV.

Esse grupo foi categorizado como um “grupo de risco”, o que acabou por legitimar o preconceito e a violência às diversidades sexuais e de gênero. O atendimento a essas pessoas, ainda hoje, resume-se a um olhar sobre tais práticas sexuais, geralmente sob uma ótica moralista heteronormativa, que demonstrou ter o efeito de afastar tais usuários dos serviços de saúde e legitimar a introjeção de preconceitos nessas pessoas.^{14,15}

A prevalência atual estimada da infecção pelo HIV na população homossexual masculina brasileira, que recebe nestes estudos a alcunha de “homens que fazem sexo com homens” (HSH) é de 10,5%,¹⁵ número mais elevado do que a da população brasileira geral (0,4%), e maior do que a de outros subgrupos populacionais estudados. Problematizando a nomenclatura “homens que fazem sexo com homens”, adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde e encarada como uma população chave no combate ao HIV/AIDS, uma reflexão pode ser feita, articulando o debate sobre gênero e sexualidades, mais especificamente, em torno da distinção entre identidade sexual (homossexual, heterossexual e bissexual) e papel sexual (homens que fazem sexo com homens).

Um estudo brasileiro de Maria Luiza Heilborn,¹⁶ de 1996, sobre a temática “ser/estar homossexual” salienta o modo como se constrói um lugar particular para a identidade sexual na elaboração da identidade social dos sujeitos pesquisados, em que seus discursos não elegem o fato de que manter relações sexuais com parceiros do mesmo sexo seja um elemento definidor de suas identidades.¹⁷

No entanto, é sabido que a epidemia hoje se caracteriza por sua “heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização”, afetando cada vez mais mulheres heterossexuais, populações mais pobres e afastadas de centros urbanos, o que torna o estigma, além de violento e desnecessário, epidemiologicamente incorreto.^{15,18}

O estigma, seja institucionalizado ou não, de ordem burocrática, cultural ou institucional, permeia toda a relação do indivíduo com a sociedade,¹⁴ e acaba inevitavelmente por interferir em sua busca por atendimentos nos serviços de saúde.^{4,7} O não reconhecimento do nome social para fins de identidade por um profissional de recepção, por exemplo, impede a pessoa transsexual de se sentir à vontade para frequentar aquele espaço.¹⁹

Políticas para a humanização do atendimento e garantia de acesso ainda dependem de implantação nos serviços e de adesão quanto àqueles responsáveis pelo acolhimento destes grupos, coisa que é dificultada pela presença destes preconceitos e a pouca discussão a respeito do tema “transfobia”, mesmo com a alarmante marginalização e violência imposta às pessoas transsexuais e travestis.²⁰

O Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo. Entre janeiro de 2008 e dezembro de 2016, foram registradas 938 mortes no país, segundo pesquisa da organização não governamental (ONG) Transgender Europe (TGEU), rede europeia de organizações que apoiam os direitos da população transgênero.¹²

Todo o estigma construído sobre as pessoas transsexuais e travestis e seu afastamento do serviço de saúde trazem consequências para a saúde destes: a busca de técnicas para modificações corporais de forma clandestina, como a aplicação de silicone industrial e a automedicação com hormônios, traz agravos importantes à saúde.¹⁹ Tais consequências ainda não são bem quantificadas pelo atual sistema de vigilância, por haver pouco incentivo por parte do Estado para a coleta de dados relativos aos agravos específicos relacionados ao processo transsexualizador realizado de forma clandestina, já que são pessoas que acabam por não estarem plenamente inseridas no sistema vigente de saúde.

O foco maior de atenção das políticas de saúde direcionadas aos transexuais é o processo transsexualizador e as modalidades de redesignação de gênero, permitida no Brasil por meio da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 457, de 19 de agosto de 2008. O acesso para as unidades responsáveis pelo processo é feito por meio da APS, responsável naturalmente pela porta de entrada dos usuários às modalidades de tratamento oferecidas pelo SUS. Depois disso, a pessoa passa a ser acompanhada por outros profissionais da saúde em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transsexualizador. A partir daí o acompanhamento terapêutico é feito visando três esferas: psíquica, encabeçada por psicólogo e psiquiatra; social, envolvendo assistente social; e médico-biológica, a qual compete o uso de fármacos para hormonioterapia, da competência do médico endocrinologista, e as cirurgias de transgenitalização.^{21,22}

Posteriormente, a publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, pelo Ministério da Saúde, em 2013, busca eliminar a discriminação, as desigualdades e o preconceito institucional e consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo, através da ampliação do acesso e qualificação do atendimento à população LGBT.

Dentre as medidas estabelecidas por essa política, temos a garantia do uso do nome social de travestis e transsexuais para atendimento em unidades de saúde, o fortalecimento da participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde e a inclusão do tema de enfrentamento de desigualdades e violência de gênero, e a qualificação da coleta de informação quanto a agravos de saúde nesta população.¹⁹

Por mais que essas políticas sejam, sem dúvida, uma grande conquista do movimento Trans, ainda não suprem por completo as demandas vindas dessa comunidade quanto ao processo transsexualizador, como o direito à mudança do sexo e do nome em sua identidade civil sem necessidade de realizar uma cirurgia de transgenitalização. Essa, ainda reflete um posicionamento do Estado e da Saúde de que as pessoas trans e as travestis devam se adequar ao binarismo de gênero, em que só são aceitos o homem e a mulher com as respectivas genitálias.²⁰

Concluimos que o paciente LGBT tem na medicina de família e comunidade uma possibilidade de um cuidado mais amplo, que visa seu bem-estar físico, mental e social, e que pode promover reflexões e possíveis mudanças do paradigma de violência continuada que essas pessoas atravessam. Diminuir o estigma durante o atendimento às diversidades sexual e de gênero fortalece o vínculo entre o médico e o paciente.

Contribuição dos autores

Redação preliminar: ALM, RTN; Revisão crítica da versão preliminar: CMC, TGFC; Redação final: ALM.

Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Residência Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRMFC UERJ), seus professores, preceptores e colegas residentes.

Conflito de interesses

Declararam não haver.

Referências

1. Nogueira MI, Guedes CR. Da graduação biomédica à Medicina de Família: aprendendo a se tornar um “médico da pessoa”. *Physis*. 2013;23(2):439-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200007>
2. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
3. Freeman TR. *Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
4. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1111-8. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.062661>
5. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health*. 2001;91(4):591-7. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.4.591>
6. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. 2001;91(6):947-52. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.6.947>
7. Kass NE, Faden RR, Fox R, Dudley J. Homosexual and bisexual men’s perceptions of discrimination in health services. *Am J Public Health*. 1992;82(9):1277-9. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.9.1277>
8. Fitzpatrick R, Dawson J, Boulton M, McLean J, Hart G, Brookes M. Perceptions of general practice among homosexual men. *Br J Gen Practice*. 1994;44(379):80-2.
9. Kerr LR, Mota RS, Kendall C, Pinho Ade A, Mello MB, Guimarães MD, et al.; HIVMSM Surveillance Group. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*. 2013;27(3):427-35. DOI: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835ad504>
10. Gruskin EP, Hart S, Gordon N, Ackerson L. Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization. *Am J Public Health*. 2001;91(6):976-9. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.6.976>
11. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saude Soc*. 2012;21(3):651-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>
12. Transgender Europe’s Trans Murder Monitoring. *Trans Murder Monitoring Absolute Numbers*. Berlin: Trans Respect [Internet]. 2017; [acesso 2019 Jan 16]. Disponível em: <https://transrespect.org/en/tmm-update-trans-day-remembrance-2017/>
13. Mott L. Homo-afetividade e direitos humanos. *Rev Estud Fem* 2006;14(2):509-21. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2006000200011>
14. Goffman E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4a ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
15. Kerr L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2009.

16. Heilborn ML. Ser ou estar homossexual: dilemas de construção da identidade social. In: Barbosa RM, Parker R, orgs. Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 136-45.
17. Costa AHC. Homens que fazem Sexo com Homens (HSH): Uma categoria, muitos significados. In: Anais do 25º Simpósio Nacional de História; 2009 Jul 12-17; Fortaleza, CE, Brasil. Fortaleza: Associação Nacional de História.
18. Brito AM, Castilo EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2001;34(2):207-17. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso 2019 Jan 16]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
20. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Physis. 2009;19(1):43-63. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria Nº 457, de 19 de agosto de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [acesso 2017 Nov 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html
22. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde habilita novos serviços ambulatoriais para processo transexualizador. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso 2017 Jul 17]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27125-ministerio-da-saude-habilita-novos-servicos-ambulatoriais-para-processo-transexualizador>