

MARIA IZABELA CARVALHO PEREIRA LIMA
PROFESSOR-ORIENTADOR: PAULINI MALFEI DE CARVALHO COSTA

AVANÇOS E DESAFIOS NA SAÚDE DAS PESSOAS LGBTQIA+

Rio de Janeiro 2020

Avanços e desafios na saúde das pessoas LGBTQIA+

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para conclusão da graduação em Odontologia do Centro Universitário São José/ Rio de Janeiro, sob a orientação da Profa. Paulini Malfei de Carvalho Costa.

*"Onde é Brasil?
Que importa este lugar
se todo lugar
é ponto de ver e não ser?"*

Carlos Drummond de Andrade (1962)

AVANÇOS E DESAFIOS NA SAÚDE DAS PESSOAS LGBTQIA+

ADVANCES AND CHALLENGES IN THE HEALTH OF THE LGBTQIA + PEOPLE

Maria Izabela Carvalho Pereira Lima

Acadêmica de Odontologia

Orientadora: Paulini Malfei de Carvalho Costa

Professora de Saúde Coletiva – Centro Universitário São José

Mestre em Clínica Odontológica – UFRJ

Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social – ENSP/ FIOCRUZ

Especialista em Ortodontia - Unigranrio

RESUMO

O Sistema de Saúde público, que deveria por pressuposto, acolher, cuidar e orientar tem vivenciado situações de desgaste quanto ao cuidado com a população LGBTQIA+. Repetidas vezes identificamos que pessoas deixam de receber um tratamento digno e humanizado, o que dificulta o acesso dessa população aos serviços de saúde. Este trabalho tem como objetivo discutir os avanços e desafios que permeiam a atenção à saúde das pessoas LGBTQIA+ no Brasil, considerando que foram negligenciados e discriminados durante anos. O método do trabalho foi a revisão da literatura, que buscou explorar as necessidades em saúde dessa população, tendo em vista compreender as dificuldades que essas pessoas enfrentam ao procurar os serviços de saúde. É fundamental reconhecer e compreender as vulnerabilidades únicas da população LGBTQIA+, a fim de viabilizar intervenções de saúde equitativas que alcancem todas as pessoas.

Palavras-chave: LGBTQIA+; Sexualidade; Cuidado integral à saúde.

ABSTRACT

The Public Health System, which should, on the assumption, welcome, care and guide, has experienced situations of wear and tear with regard to care for the LGBTQIA + population. We have repeatedly identified that people fail to receive dignified and humanized treatment, which makes it difficult for this population to access health services. This paper aims to discuss the advances and challenges that permeate the health care of LGBTQIA + people in Brazil, considering that they have been neglected and discriminated against for years. The method of work was the literature review, which sought to explore the health needs of this population, with a view to understanding the difficulties that these people face when seeking health services. It is essential to recognize and understand the unique vulnerabilities of the LGBTQIA + population, in order to enable equitable health techniques that reach all people.

Key words:

INTRODUÇÃO

Embora o Brasil seja um país altamente miscigenado e diversificado, intolerâncias e preconceitos permanecem presentes no cotidiano de diversas pessoas devido a cultura do país que é marcada por ideias dominantes, patriarcais e heteronormativas.

O termo homossexualidade já é definido como a orientação sexual que envolve a atração afetivo-sexual entre pessoas do mesmo sexo (SILVA, 2015). O acontecimento de situações onde há presença de preconceito vem se tornando cada vez mais visível e a população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo e Assexual) é um alvo recorrente dos mais diversos tipos de violências todos os dias.

O cotidiano dessas pessoas é marcado por olhares, palavras, discursos de ódio, agressões e até mesmo diversos assassinatos, que por consequência ferem os seus direitos de viver com liberdade e segurança.

Em relação a saúde da população LGBTQIA+, por não se encaixar nestes padrões de heteronormatividade, acaba recebendo um tratamento pejorativo, injusto e excludente, o que limita o acesso dessa população aos serviços de saúde.

Ao entender a saúde como um direito de todo cidadão e cidadã brasileiro (a) (BRASIL, 1988), verifica-se que para alguns segmentos populacionais, esse direito ainda não é atendido, especialmente, ao associar sexualidade / gênero. O sistema de saúde, que deveria acolher, cuidar e orientar, tem vivenciado situações de desgaste quanto a essa temática, enfrentando um obstáculo todos os dias que é lidar com a diversidade.

Na medida em que surgem as buscas pelos direitos de cidadania, fica claro que, no Brasil, ainda é pouco abordado as necessidades em saúde da população homossexual, conhecimento esse que é primordial para impulsionar o desenvolvimento das políticas de saúde direcionadas a essa categoria.

O interesse pela temática surgiu da união de diversos fatores, dentre eles durante uma conversa com a minha orientadora após a apresentação de um trabalho da disciplina de Promoção da Saúde Bucal III, cujo tema abordava a diversidade em saúde. A abordagem trabalhada nas disciplinas de Promoção de Saúde, apresentadas de forma longitudinal ao longo dos sete períodos da graduação de Odontologia, foi também um importante substrato para aprender a assistir ao indivíduo no seu ciclo evolutivo, tanto em estado de saúde, como em episódios de doença introduzido em seu ecossistema, familiar e comunitário, considerando a individualidade dos diferentes grupos sociais existentes.

O objetivo deste estudo é discutir os avanços e desafios que permeiam à atenção à saúde das pessoas LGBTQIA+ no Brasil, compreendendo as questões relacionadas à atenção à saúde dessa população, identificando pontos que interferem na qualidade do atendimento nos serviços básicos de saúde e entendendo como ocorre a gestão do

cuidado para essas pessoas.

Cabe também salientar o compromisso ético deste trabalho devido a sua relevância social. É impreterível lançar um olhar crítico para a situação de saúde da população LGBTQIA+ e possibilitar a conscientização sobre a responsabilidade dos trabalhadores em saúde diante do tema.

O método do trabalho foi a revisão da literatura, que buscou explorar as necessidades em saúde dessa população, tendo em vista aprofundar o conhecimento sobre a tese acerca das necessidades em saúde, com destaque para a reflexão acerca dos preconceitos e discriminações que cotidianamente essa população enfrenta nas diversas instituições de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este tópico foi construído com o objetivo de resgatar conteúdos importantes para a temática de gênero e sexualidade, buscando expor o contexto de saúde das pessoas LGBTQIA+, que se encontra em grande desigualdade quando comparada à assistência em saúde da população em geral.

Processos históricos da sexualidade e construção social

Tendo a sexualidade segundo uma perspectiva adotada na pós-modernidade, não podemos deixar de mencionar Foucault (citado por Larrauri, 2000, p. 31): a sexualidade da qual falamos hoje, apesar de sua aparência de consistência, é uma invenção moderna. (...) é o resultado (...) dos discursos sábios (psicanalíticos médicos, psicológicos) (...) e das regras e imperativos dos poderes que estabelecem (religioso, judicial, médico, pedagógico); e, finalmente também resultado do sentido e do valor de cada um, de sua conduta, da série de deveres que adota, dos prazeres que conhece ou aos quais aspira seus sentimentos, seus sonhos.

De acordo com o autor, a série de práticas humanas que materializa nos corpos, não existe de maneira natural. Não é algo com o que se nasce, não pertence ao corpo - se o considerarmos como algo dado no nascimento. Nesse sentido, a sexualidade não é o sexo e sim é um modo de ser que se incorpora a um corpo mediante as práticas. Portanto, a homossexualidade e a heterossexualidade são incorporais, não formam parte da natureza humana, são modos de ser que pertencem à nossa cultura atual.

Laraia em 2002 definiu cultura como: o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura. Para a autora, a cultura é como um tipo de guia de comportamento. Ela vai determinar como uma pessoa deverá se comportar e o que é considerado adequado ou não em uma sociedade.

Identidades sexuais são culturalmente construídas e, na nossa cultura, referem-se às formas como os sujeitos vivem sua sexualidade, que podem ser com pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou, ainda, com ambos os sexos (GOELLNER, 2010).

Segundo Fébole (2017), o processo histórico de negociações e disputas de poder sobre o corpo, o desejo, a escolha e principalmente sobre o prazer é o que constitui a sexualidade em si. Pode-se afirmar que ela forma um conjunto heterogêneo que abarca diferentes discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições filosóficas e morais (FOUCAULT, 2015).

As sociedades são fundadas no binarismo homem /mulher, que é um efeito do entendimento naturalizado de gênero, onde pessoas são homens (machos) ou mulheres (fêmeas), e de acordo com o biológico, masculinas e femininas. Tal entendimento se estende para o âmbito social, que categoriza em normal àquilo que se adequa ao binarismo, e irregular / patológico àquilo que não se adequa. Devido a não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, a população LGBTQIA+ tem seus direitos humanos básicos violados e agredidos (MODESTO et al., 2013).

A população brasileira, habituada com o padrão heteronormativo de uma sociedade contemporânea, tanto professores quanto materiais educativos como os livros, que são os principais responsáveis pela educação sexual na escola, analisam a questão sexual numa abordagem anato-morfofisiológica, resultando no insucesso da educação sexual, enraizando, historicamente, a prática da discriminação.

Esta linha de pensamento já foi problematizada por Foucault em 1993, ao mostrar que o dispositivo da sexualidade na modernidade só pode ser compreendido por meio dos mecanismos de poder e saber que lhes são intrínsecos. Assim, a condição sexual é o resultado de fatores individuais, desejos e experiências e não algo determinado segundo o órgão genital biológico.

Paiva (2008) reconhece que a história da sexualidade foi separada em dois momentos:

o sexológico e o construcionista. O período sexológico foi marcado por falas técnicas e científicas sobre a sexualidade, tendo seu pilar nas noções de impulso, de força natural de imenso poder, se opondo à civilização e à cultura e com objetivo de revelar os seus segredos e a sua natureza. Mas, era preciso favorecer a humanidade com a implantação de um potencial equilíbrio entre o ser humano e sociedade, sem modificar a primordial dessemelhança entre homens e mulheres, que apresentassem relações sexuais naturais e sadio de singularidade heterossexual (PAIVA, 2008).

Durante o século XVIII e até meados do século XIX, a expressão usada para denominar pessoas homossexuais era a palavra “invertido”, dando a entender que todo homossexual era portador de uma inversão sexual. Dessa forma, revendo a história do conceito de homossexualidade, nota-se que desde o século XVIII, a mesma é definida por fundamentos construídos pela filosofia, medicina, psiquiatria e direito. Sendo considerada, a homossexualidade, como um tipo de doença, vício, desequilíbrio hormonal, pecado, crime e imoralidade.

Os homossexuais eram vistos como uma ameaça à família, à raça e à sociedade. Essa população passou a ser comparada a: homicidas, criminosos, viciados, doentes venéreos, suicidas, prostitutas, alcoólicos e doentes mentais. Desse modo, pesquisas começaram a ser realizadas em busca das justificativas que dariam origem ao desejo homossexual. Primeiramente, o termo foi definido como uma perversão do instinto sexual. (MOTT E CERQUEIRA, 2001)

O argumento para essa definição era a seguinte: o instinto sexual humano tinha somente uma finalidade que era a reprodução biológica por meio das relações sexuais entre homens e mulheres. Assim, tudo que desvia dessa finalidade podia ser definido como um desvio ou perversão da meta tida como algo “natural”. Depois de perversão do instinto sexual, a homossexualidade masculina passou a ser um retardo evolutivo, que se manifestava pelo funcionamento feminino do homem. Seguidamente, a psiquiatria foi gradualmente definindo a personalidade do homossexual como sendo patológica. Essa pessoa não era apenas invertido referindo-se ao desencaminhamento do instintivo sexual. Era também sentimental e psicologicamente invertido porque portava-se de maneira feminina.

De acordo com Trevisan (2002), a expressão “homossexualismo” só teria sido criada em 1869 pelo médico austro-húngaro Karl M. Kertbeny. Essa nova definição alterou a ideia que se tinha acerca das pessoas homossexuais, construindo uma concepção sobre elas. “A criação de uma palavra corresponde, nesse caso, à criação de uma essência, de uma

doença psíquica e de um mal social” (BADINTER, 1992, p. 102).

No Brasil, em meados do século XIX, a homossexualidade passou a ser tratada como crime passível de detenção, já que, para muitas pessoas, esse era um “problema social” que deveria estar sob responsabilidade do Estado. Na metade do século XX, a visibilidades dos homossexuais masculinos começaram a se expandir. Desde essa época, os homossexuais são notados segundo uma teoria de gênero implementados na sociedade: os homens estariam divididos em homem “verdadeiro” (ativo e penetrador) e “bicha” (passivo e efeminado).

Para a ciência do século, a homossexualidade seria um desordenamento nas noções de papéis de gênero, por essa razão, a medicina, a família, a psiquiatria, a Igreja, e a sociedade juntaram esforços para estudar e combater. Dessa forma, quando os homossexuais não eram presos, eram confinados em hospitais psiquiátricos, onde sofriam tratamentos chamados de médico-pedagógicos.

Desde o término da década de 70, quando apareceram os primeiros movimentos sociais em proteção de grupos particulares e da liberdade sexual, as pessoas homossexuais procuravam usufruir de direitos igualitários, inclusive os que permeiam o campo da saúde, mas só conseguiram a ajuda do governo brasileiro no início dos anos 80 (BRASIL, 2011).

Esses conflitos perduraram por décadas, com pequenos avanços e com índices de violências cada vez maiores em consequência da orientação sexual e da identidade de gênero (LIONÇO, 2008). Realidade cruel, perversa e grave quanto à existência de preconceito e discriminação em setores da sociedade civil que, até hoje se faz presente, levando esses sujeitos às torturas e morte, mesmo em instituições sociais que envolvem mediações das políticas públicas e direitos humanos (DUARTE, 2014).

Como resultado dessas densas relações de saber e poder da sociedade e através do movimento LGBTQIA+, as questões de gênero ganharam visibilidade no cenário mundial e o Estado passou a ser pressionado para garantir direitos iguais e efetivar políticas públicas que visem diminuir a discriminação e o preconceito contra essa população. Em 2004 começaram a surgir pequenos resultados na esfera federal de lutas incansáveis de gerações que morreram sem mesmo desfrutarem das constantes “batalhas” que travaram para a garantia de seus direitos. (CARDOSO; FERRO, 2012).

A integração das demandas destes grupos favoreceu a ampliação do debate com relação das questões específicas de saúde, direitos civis, políticos, sociais e humanos. Com o passar dos anos houve uma ampliação das ideias, caracterizando o Movimento

LGBTQIA+, que agrega lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (BRASIL, 2013a).

Apesar de que na última década tenha se observado uma maior aceitação das identidades de gênero e expressões LGBTQIA+, muitas são as condutas negativas frente as minorias sexuais, assim sendo um indício da falta de inclusão significativa LGBTQIA+ nos contextos de saúde e educação. (LIM; HSU, 2016).

Saúde da população LGBTQIA+

Como afirma Castro *et al.* (2014), a determinação social do processo saúde-doença das pessoas está relacionada com a exclusão social gerada pelo desemprego, a falta de acesso à moradia e à alimentação, dificuldades encontradas no acesso à educação, à saúde, ao lazer e à cultura interferem substancialmente e diretamente na qualidade de vida e na saúde do ser humano.

Assim, precisa-se assinalar que todas as formas de intolerância resultantes da homofobia devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença desses sujeitos, tendo influência significativa e considerável no processo de sofrimento e adoecimento das populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Estudos indicam que a população em questão apresenta demasiada resistência à procura dos serviços de saúde, o que, em suma, evidencia o contexto discriminatório existente, organizado em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

O preconceito contra homossexuais e a falta de informações sobre questões de gênero estão por trás do atendimento de má qualidade à população LGBTQIA+, podendo levar até mesmo à recusa absoluta da prestação de cuidados.

O Relatório sobre violações de direitos da população LGBTQIA+, produzido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, com base nos dados hemerográficos de 2013, divulgados nos principais canais midiáticos do país, revelou que naquele ano foram registradas 317 violações contra a população LGBTQIA+. Entre as violações noticiadas encontram-se 251 homicídios. Pernambuco foi o estado federativo com o segundo maior índice de homicídios registrados na mídia, com 8,4% dos casos em 2013 (BRASIL, 2016). Conforme exposto no relatório, dos LGBTQIA+ brasileiros assassinados 53,4% são gays, 29,5% são travestis, 4,4% são lésbicas, 0,8%

mulheres transexuais e 0,4% homens transexuais. A porcentagem de “Não informado” (11,7%) se deve aos casos em que a identidade sexual é presumidamente não heterossexual, porém não específica a uma das outras categorias (BRASIL, 2016).

Segundo o estudo “Zona Proibida: um estudo qualitativo de acesso à sexualidade e serviços de saúde”, jovens homossexuais enfrentam dificuldades ao acesso aos serviços, uma vez que é necessária a presença de um familiar, entretanto, muitos desses jovens perderam o vínculo com seus pais ao assumir a sua identidade de gênero e/ou orientação sexual. Compreende-se que boa parte dos jovens perde o vínculo com seus familiares devido a não aceitação frente ao modelo heterocisnormativo, o que favorece contextos de solidão, trabalho sexual, violência física, verbal, psicológica, sexual e até mesmo a morte (MULLER et al., 2018).

Evidencia-se que adolescentes homossexuais, em grande parte, não têm as informações necessárias acerca de práticas de prevenção e promoção à saúde, o que ajuda na busca por meios de informação não confiáveis, que resultam no aumento de internações hospitalares, práticas sexuais desprotegidas e, conseqüentemente, maiores índices de DSTs e ao vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) (MULLER et al., 2018).

Em relação às mulheres lésbicas, por exemplo, como enfatiza a Rede Feminista Saúde (2006), muitas nunca fizeram o exame Papanicolau (exame ginecológico que previne o câncer de colo do útero) porque há um “tabu” em relação à orientação sexual delas no consultório ginecológico e dentre aquelas que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual e das que revelam, 28% afirmaram preferir maior rapidez no atendimento médico e 17% afirmaram que os médicos deixam de solicitar exames que para elas são considerados necessários. A Rede ainda cita uma pesquisa realizada no ano de 2002, pela Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, que demonstrou uma disparidade entre as mulheres heterossexuais que realizaram o exame preventivo de câncer uterino (Papanicolau) nos últimos três anos, que foram 89,7% e as mulheres lésbicas e bissexuais que corresponderam a 66,7% do percentual, mesmo entre aquelas mulheres que possuíam maior escolaridade e renda.

A queixa mais importante é que o acolhimento é distante, frio. Observa-se que os cuidados de saúde específicos às mulheres lésbicas, por exemplo, foram negligenciados por muitos anos devido à prática sexual não envolver a penetração peniana. Entretanto, essa discussão só ganhou maior visibilidade a partir da década de 80, visto que há a possibilidade de infecção por ISTs sem ser pela penetração pênis /vagina.

No encontro com o profissional de saúde, não há espaço para falar espontaneamente da orientação sexual ou da prática sexual com a mulher. Muitas relatam que, a maioria dos profissionais não pergunta sobre práticas sexuais.

Outra situação que merece destaque diz respeito à percepção de algumas lésbicas, quanto à contrariedade das medidas de prevenção recomendadas, pelos profissionais, para uso em certas práticas sexuais como o uso da camisinha a determinadas práticas sexuais, o que parece ser um assunto não compreendido, ou mesmo, desconhecido, pelos profissionais.

Segundo Araujo et al. (2019) ainda há a classificação das lésbicas que ocorre de duas maneiras: generalizando as femininas e particularizando as masculinas. E em relação à adesão aos exames ginecológicos, os profissionais de saúde têm a percepção de que as lésbicas “masculinas” não gostam de fazer o exame porque não gostam da penetração vaginal pelo espécuro, o que acreditam que esteja associado ao fato de não gostarem das práticas sexuais que envolvam penetração.

Há também os relatos das pacientes lésbicas que relatam ter receio do exame ginecológico devido ao uso do espécuro vaginal. Algumas mulheres reclamam que os aparelhos são inadequados ou então o profissional anuncia que ela não precisa do exame de colpocitologia oncótica, sentindo-se desassistida.

Em relação às travestis e aos transexuais, Costa et. al (2014), afirmam que pelo fato de travestis e transexuais encontrarem grande dificuldade em utilizar banheiros públicos, acabam desenvolvendo problemas urinários. E muitos deles sentem-se recuados em procurar os serviços ofertados pelo SUS devido à falta de respeito que ocorre em relação ao nome social escolhido por eles. Desde o nascimento, e mesmo antes dele, o nome é uma das primeiras características adquiridas pelo sujeito e o acompanha como marca distintiva na sociedade, determinante de uma forma de individualização, mesmo após a morte. Junto ao nome são designadas as relações de gênero e sexualidade (PROCHNÓ; ROCHA, 2011).

O nome social consiste num apelido público e notório, pelo qual uma pessoa trans ou uma travesti é identificado no seu meio familiar e social e corresponde à sua identidade de gênero. Sua adoção visa a garantir o respeito à sua dignidade, evitando constrangimento psicológico e vexame social. Toda pessoa tem o direito de ser igual quando a sua diferença o inferioriza e todos têm o direito a ser diferentes quando a sua igualdade os descaracteriza (HOGEMANN, 2014).

O nome social ultrapassa a fronteira de um mero conjunto de letras isento de um forte impacto psíquico e social na vida das pessoas, pois a pronuncia de um nome traz consigo os atributos físicos, morais, jurídicos, culturais, sociais, entre outros da pessoa 59 indicada (MATÃO et al., 2013). Ele é parte integrante e inerente a nossa existencialidade enquanto seres sociais, que nos ajuda a definir tanto o que representamos, quanto quem somos, capaz de evocar variados efeitos para aquele que o escuta, acompanhado de um grande peso cultural (BARBOSA; SILVA, 2015).

Vale pontuar os casos em que as travestis morrem devido à má aplicação dos silicone industriais, demonstrando que há uma necessidade constante de maior fiscalização e orientação. Alguns médicos especialistas alegam não saber lidar com as necessidades que surgem em cada consulta, e alguns até dizem nunca ter conhecido alguém trans, o que deixa evidente a falta de preparo e treinamento dos profissionais das unidades básicas. Além disso, algo que também se relaciona aos transexuais masculinos e femininos é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios que acarretam consequências enormes.

No tocante aos homens gays, quando estes procuram uma unidade de saúde, e expressam sua orientação sexual, afirmam que, são rapidamente associados ao HIV/AIDS, apesar de que na maioria das vezes não seja o problema que os levaram a procurar o serviço de saúde. Sem contar com os casos que são notificados nos jornais em que mesmo um homem gay possuindo uma relação estável com seu companheiro, é impedido de doar sangue por ser considerado integrante do chamado grupo de risco, quando o correto seria a expressão comportamento de risco.

Heteronormatividade, estigma e homofobia

A equipe é capacitada para atender às demandas de saúde desses usuários?

A fragilidade do grupo LGBTQIA+ e seu acesso deficiente aos serviços de saúde são desafios, embora existam diversos avanços das políticas públicas. A baixa procura das unidades de assistência é reflexo de diversos obstáculos sofridos pelos mesmos como a discriminação, constrangimento e falta de treinamento profissional adequado para atender essa população. A heteronormatividade institucional, tem resultados danosos sobre o acolhimento e o processo de cuidado dessa população.

Os vínculos entre a população LGBTQIA+ e os serviços de saúde podem ser afetadas devido a comportamentos homofóbicos por parte das equipes de saúde, como, por

exemplo, quando um paciente LGBTQIA+ não se sente acolhido ou bem tratado em uma consulta, ou também quando não se sente à vontade com aquele profissional para divulgar sua orientação sexual por medo de um pré-julgamento, dificultando o atendimento. Dessa forma, a partir desses acontecimentos e outros muitos, o grupo pertencente à população LGBTQIA+, podem se apresentar resistentes a procura de uma unidade de saúde, talvez por não se sentirem confortáveis, por já terem vivenciado, ou por estarem passando por tal situação de preconceito em outros lugares que as desencorajam a confiar e seguir as orientações que são oferecidas pelos serviços de saúde.

Segundo uma pesquisa realizada por Carvalho e Philippi (2013), com usuários LGBTQIA+, a maior parte expressou que há necessidade de melhor qualificação profissional na área da saúde, expressando que grande parte dos profissionais de saúde ainda tem dificuldade em trabalhar com essa população. Os mesmos acreditam ter necessidades diferentes dos demais usuários, como, por exemplo, maior cuidado no atendimento ginecológico e melhores orientações sobre planejamento familiar e seus direitos dentro do SUS.

Na maioria dos casos, nota-se que esta população tem receio em procurar os serviços porque não se sentem acolhidos, tanto pelos profissionais da unidade, quanto pelos outros usuários que circulam pelo serviço. É notório o despreparo desses profissionais com as questões do processo saúde-doença dessa população em especial. O conhecimento dos profissionais sobre identidade de gênero e orientação sexual foi ofertado em sua maioria durante a formação acadêmica principalmente durante a abordagem da temática de infecções sexualmente transmissíveis.

Se o tema fosse abordado de forma longitudinal na formação desses profissionais de saúde, seria de grande ajuda na desconstrução de preconceitos, visto que, ao longo da formação dos mesmos, não é obrigatório a discussão do tema de maneira aberta e sem preconceitos. Essa deficiência prejudica a relação do profissional-usuário, pois impede a livre expressão dessa população, ao falar com esses especialistas sobre sua orientação sexual e, com isso, acaba por criar grandes obstáculos nas relações de produção do cuidado.

Percebe-se então, que grande parte, não estão preparados para atender estes indivíduos de maneira integral, não reconhecem as suas necessidades, além de ignorar as especificidades existentes da população LGBTQIA+, detendo, por vezes, conhecimento a respeito da vida pessoal desse paciente, o que acaba gerando certo

incômodo por parte do usuário, sendo uma situação que deve ser combatida em todos os níveis sociais e culturais.

Muitos profissionais apontam que uma das maiores dificuldades no atendimento à população LGBTQIA+ é a baixa procura por parte deles aos serviços de saúde. Partindo disso podemos questionar: Será que a baixa procura desta população não está relacionada com a falta de atendimento humanizado com escuta qualificada? Será que está faltando privacidade no atendimento? Será que está faltando sigilo nas informações? Onde está o erro para que essa população tenha tanto receio em procurar os serviços de saúde?

Partindo do ponto de vista, em que um profissional indica a baixa procura dos serviços de saúde por parte da população LGBTQIA+ como sendo um problema para prestação dessa assistência, ele também está de certa forma responsabilizando os usuários LGBTQIA+. Ao fazer tal afirmação, o profissional se oculta da sua responsabilidade de realizar uma procura ativa e a identificação dos usuários da sua comunidade, assim como especificar suas necessidades. Essa resistência, por parte da população homossexual, em procurar os serviços de saúde é exposto na literatura como sendo resultado da própria falta de capacitação e preconceito por parte dos profissionais, além de todo contexto discriminatório em decorrência do padrão heteronormativo (ALBUQUERQUE et al., 2013).

O medo da quebra de sigilo e a escassez relacionada a ética estão também entre as principais alegações para que as queixas específicas relacionadas à sexualidade não sejam levadas aos serviços. Fica claro também o receio quanto ao juízo de valor ocorrido durante as consultas. A preocupação excessiva com exames de DST como principal demanda LGBTQIA+ reconhecida pelos profissionais de saúde também é algo que incomoda muito o grupo.

Por isso, é necessário que, na formação dos profissionais de saúde, sejam discutidas questões de saúde LGBTQIA+ que abordem, de forma transversal, as práticas sexuais de risco, os diversos tipos de violência, o acontecimento de doenças infectocontagiosas, o não acompanhamento de doenças crônicas e a saúde mental da referida população.

Além disso, é importante que esses profissionais além de desenvolver estas atividades, tenham um bom relacionamento com os pacientes LGBTs. Existe uma grande parcela da população LGBTQIA+ que não assume sua orientação sexual e/ou identidade de gênero porque não encontra apoio e vínculos entre os profissionais, na família ou comunidade (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Para que estas atividades sejam

desenvolvidas com sucesso os pacientes precisam ter uma boa relação com os profissionais que estão atuando naquela unidade de saúde. De nada adianta a criação de grupos e atividades direcionadas ao público LGBTQIA+, se esses profissionais ainda se revelam com atitudes discriminatórias e de desinteresse ao tema.

Dificuldades na produção do cuidado para a população LGBTQIA+

Esta categoria foi criada com a finalidade de verificar as principais dificuldades encontradas na produção do cuidado para com a comunidade LGBTQIA+.

Observa-se que a ausência de políticas específicas às pessoas LGBTQIA+ favorece o medo, o preconceito e a repressão provenientes da sociedade e dos profissionais de saúde. Explica-se que há uma relação entre indivíduos LGBTQIA+ e os obstáculos que eles sofrem por expor a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero em instituições de saúde, favorecendo, assim, as situações de vulnerabilidades que esse grupo enfrenta.

Evidencia-se que o grupo opta por não expor sua orientação sexual ao profissional de saúde devido ao medo de discriminação. Grande parte dessa população concorda com a ideia de não divulgar sua identidade LGBTQIA+ ao profissional de saúde por medo de uma reação inapropriada e/ou até mesmo por falta de confiança e vínculo.

As principais dificuldades encontradas na produção do cuidado a esta parcela da população é o preconceito ao qual a população LGBTQIA+ é vítima nos serviços de saúde. O preconceito e a discriminação a qual essa população está sujeita nas unidades de saúde funcionam como principal barreira entre eles e os estabelecimentos de saúde. Estas formas de preconceito ou desinformação se revelam na própria oferta de cuidados em questões como a falta de integralidade no atendimento, culpabilização do/a usuário por adquirir alguma doença, desconsideração do nome social para atendimento, a exemplo das travestis, e não reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos desta população, entre outros apontamentos (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

É importante destacar que esse preconceito que gera atitudes discriminatórias no cotidiano dos serviços de saúde frente a essa população é consequência das implicações dos estereótipos de gênero frente as diferentes formas da apresentação de gênero e orientação sexual, especialmente quando as identidades de gênero diferem da lógica social imposta, ou seja, do padrão heteronormativo (ALBUQUERQUE, 2016).

Dessa maneira, o posicionamento discriminatório presente na gestão em saúde dificulta ainda mais a identificação das necessidades e especificidades da população LGBTQIA+.

Ademais, também prejudica na inclusão de conteúdos relacionados à saúde da comunidade LGBTQIA+ nas ações e serviços de saúde, e também na produção de práticas educativas com a qual a política busca melhorar a visibilidade e o respeito para com a população LGBTQIA+ (BRASIL, 2013).

A falta de procura por parte da comunidade aos serviços de saúde também é um problema. A percepção de má qualidade dos serviços de saúde por parte do grupo, a demora no atendimento, e a incredulidade quanto à possibilidade de confidencialidade em um atendimento prestado por pessoas até mesmo conhecidas da comunidade contribuem como obstáculo para a procura dos serviços de saúde (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Dessa maneira, a informação da baixa procura dos serviços de saúde pela comunidade LGBTQIA+ pode ser reflexo da própria imagem inacessível que esses usuários têm dos serviços de saúde, algo constatado por Carvalho e Philippi (2013) em um estudo no qual afirmam que 80% dos entrevistados do público de lésbicas, gays bissexuais classificam os serviços de saúde como inacessíveis, além de demonstrarem um percentual de insatisfação com os serviços públicos de saúde de mais de 63%.

De forma massiva, o atendimento estruturado nas unidades de saúde se alicerça no cumprimento de uma agenda de ações que valoriza demasiadamente os atendimentos aos grandes grupos de usuários, hipertensos, diabéticos, puericultura e acompanhamento pré-natal, sendo a avaliação desses programas baseada em metas de atendimento, sobrecarregando a equipe com esses grupos de usuários, gerando a marginalização do atendimento às demandas específicas das minorias sociais, e aqui destacamos os usuários LGBTQIA+.

A falta de suporte para implementação de políticas públicas para esse grupo gera um ciclo de insatisfação no atendimento e alimenta a penumbra dessas demandas ante o serviço de saúde. Demandas reais desses usuários permanecem esquecidas nas discussões entre equipes de saúde, no meio acadêmico e nos espaços de pós-graduação, mantendo todos seus aspectos, desde o reconhecimento desses usuários, à garantia dos seus direitos legais, tornando a questão sujeita a tabus sociais.

As equipes de saúde, representadas por sua totalidade de profissionais relatam inabilidade no atendimento desses pacientes, afirmando dificuldades no reconhecimento desses usuários na unidade, pouca prática nas ferramentas de abordagem inicial de suas demandas e assumem imperícia na condução das demandas que surgem nos atendimentos. O reconhecimento dessas fragilidades somado à sobrecarga de

demandas pré-formatadas para o cumprimento de metas marginaliza os usuários LGBTQIA+ nos serviços de saúde tal qual na sociedade.

O medo que transita...

Considera-se os diversos tipos de discriminação praticados contra a população LGBTQIA+ um fator estressante que pode impactar de forma negativa na saúde mental e na qualidade de vida dessas pessoas, contribuindo para a ocorrência de quadros depressivos e seus desdobramentos, como ansiedade, isolamento social, distúrbios alimentares e uso ou abuso de substâncias psicoativas.

De acordo com relatório nacional, a principal forma de violência dirigida à população homossexual é a psicológica, em um total de 83,2%. Assim, qualquer manifestação sexual diferente do sistema normativo de gênero está sujeita à violência física, sexual e/ou psicológica e pode ser percebida em diferentes contextos, como nas unidades de saúde.

Os obstáculos que essa população em especial encontra ao buscar pelos serviços de saúde são diversos, alguns são singulares a população LGBTQIA+, como os profissionais que não estão capacitados para lidar com esse público em especial; atendimentos repletos por julgamentos e/ou deboches; espanto pelas práticas sexuais quando relatadas e desconhecimento do assunto; atendimento discriminatório e indiferente. Representando uma parte menor, esses pacientes continuam sendo escravos dos valores heteronormativos da sociedade e limitados do acesso de um atendimento digno às suas demandas.

Juízo de valores nas consultas e visitas domiciliares, falta de sigilo às queixas trazidas e constrangimentos criados pela falta de capacitação da equipe, são referidas pelos usuários como fator de insegurança ao identificarem-se como homossexual. Tal como nos demais setores sociais, os usuários LGBTQIA+ são vítimas de um escasso atendimento, tal ato reflete a não garantia dos direitos legais já conquistados, assim como na permanência dessas pessoas à margem dos demais grupos de usuários. Tamanha pressão faz com alguns oprimidos absorvam esses valores sociais e se vejam de forma negativa “quando o estereótipo é muito forte ou pernicioso, membros do grupo alvo tendem a aceitá-lo e incorporá-lo à sua autoimagem, fazendo com que sentimentos negativos com relação à própria orientação sexual sejam generalizados para o self como um todo” (NUNAN; JABLONSKI; FÉRES-CARNEIRO, 2010, p. 256).

A assistência em saúde voltada para a população LGBTQI+ geralmente é focada nas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Essa realidade restringe uma atenção integral em saúde que atenda as suas individualidades. Mulheres que se relacionam apenas com mulheres, homens apenas com outros homens, homens e mulheres com ambos os gêneros, considerando esse aspecto ainda limitado a respeito da sexualidade, além do atendimento voltado para as pessoas transgêneros relacionada ao uso de hormônios e os efeitos fisiológicos sobre esse corpo, e em parâmetro geral, o atendimento ao público LGBTQI+ voltado para saúde mental que entenda e respeite todas as diferenças.

Quando abordadas características nos hábitos de vida desses pacientes, o atendimento se dá de forma indireta e na maioria das vezes de forma superficial, como no caso das mulheres lésbicas. Geralmente a maioria dos ensinamentos profissionais é baseada na ideia de que as mulheres têm prática sexual somente com homem. É um roteiro de perguntas voltadas somente para a mulher heterossexual. A mulher que faz sexo com outra mulher se sente deslocada e muitas vezes não sabe bem como relatar a sua identidade sexual.

As mulheres de maneira geral podem ter alguns tipos de câncer, e as mais suscetíveis de acometer a doença são mulheres que não engravidaram e que passam muito tempo menstruando e, neste contexto, há lésbicas vulneráveis.

Com relação aos homossexuais masculinos, além de serem as principais vítimas da violência e homicídios homofóbicos, segundo dados oficiais e hemerográficos do último Relatório de Violência Homofóbica no Brasil, está bem estabelecido que as experiências discriminatórias na sociedade em geral e nos serviços de saúde causam desde baixa de autoestima, sentimento de culpa, insegurança até isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais e episódios depressivos de menor e maior gravidade, incluindo maior risco para suicídio.

Esse cenário torna-se ainda mais grave quando o profissional resume o atendimento aos exames de sorologias virais e à distribuição de preservativos. Essa prática reforça o já ultrapassado conceito de grupos de risco. Tal rótulo, existente há bastante tempo se perpetua, provando a urgência na reformulação dessa realidade a começar pelo reconhecimento dos direitos e necessidades dessa população e na capacitação das equipes de saúde.

A Política Nacional de Saúde LGBTQIA+

Levando em consideração que o público LGBTQIA+ durante toda a história da humanidade foi negligenciado, sofreu e ainda sofre preconceitos, e que nos dias atuais necessita de um atendimento que visa à equidade para um acesso de qualidade na assistência de saúde prestada na Atenção Básica, surge a necessidade da criação de uma Política nacional para reconhecer as demandas desta população em condição de vulnerabilidade.

Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, os direitos da população LGBTQIA+ vêm sendo pautados pelos princípios do SUS, e em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde. Algumas observações foram feitas com o intuito de reduzir as desigualdades que o público LGBTQIA+ vem sofrendo ao longo dos anos nos serviços.

Entre as recomendações pode-se destacar a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos dessa população, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS; a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde; a ampliação da participação dos movimentos sociais LGBTQIA+ nos conselhos de saúde; o incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade; o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis; o aprimoramento do Processo Transsexualizador; a implementação do protocolo de atenção contra a violência considerando a identidade de gênero e a orientação sexual.

Em 2008, a 13ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu, pela primeira vez, que a orientação sexual e a identidade de gênero deveriam ser incluídas na análise da determinação social da saúde, com vistas à construção de políticas públicas, ratificando, assim, tanto a produção científica sobre o tema quanto às reivindicações dos movimentos sociais de defesa dos interesses da população LGBTQIA+

Após quatro anos da 13ª Conferência Nacional de Saúde, o poder público nas suas três esferas de governo, visando assegurar, prevenir, proteger, reparar e promover políticas públicas que busquem a afirmação dos direitos humanos para toda a sociedade livre de preconceito, discriminação, intolerância ou violência, lança por meio do Ministério da Saúde (embasado nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988, que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana e reforçados no objetivo

fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”) no ano de 2010 na 14ª Conferência Nacional de Saúde, a Política de Saúde para o público LGBTQIA+, com a intenção de garantir um atendimento da população em qualquer situação, sem discriminação de qualquer natureza.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ que é considerada como um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil. É um marco histórico e deu maior visibilidade à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, abrindo espaço na saúde e em outros setores sociais para o diálogo e a construção de ações intra e intersetoriais como a presença do campo destinado ao nome social nos documentos e prontuários da saúde, bem como o respeito dos profissionais de saúde para com os pacientes ao adotar o nome de escolha do usuário em seu atendimento, impedindo que o constrangimento limite o acesso aos serviços de saúde, reafirmando o compromisso de universalidade e equidade do SUS, descaracterizando a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular o respeito às diversidades.

Documento da UNAIDS18 (p. 25) revela que menos de 10% de pessoas LBGT no planeta tem acesso à prevenção e ao atendimento, e no que se refere à pessoa transexual, o mesmo documento aponta à negação de sua identidade, dificultando sua acessibilidade ao sistema de saúde.

De forma geral, nota-se que o serviço público vem implementando em suas rotinas de atendimento os programas já estabelecidos pelo Ministério da Saúde e voltados aos usuários LGBTQIA+, ainda assim de forma lenta. Esse atraso na modificação do atendimento mantém esse grupo sem o acesso adequado aos serviços, representando uma barreira importante a ser vencida.

O desconhecimento dos direitos já adquiridos por parte da equipe e também dos próprios usuários em alguns casos reforça ainda mais o distanciamento à resolutividade de suas demandas. Manter a discussão dessa questão resumida à garantia do nome social no cartão do SUS é extremamente limitado ante a profundidade de demandas que envolvem esse cenário. Atender os anseios dos usuários LGBTQIA+ que procuram os serviços de saúde significa, melhorar a formação dos profissionais da rede ofertando educação continuada e garantir discussões adequadas no ambiente acadêmico.

Essas ações ajudariam na superação os tabus sociais dessa temática e serviriam de contraponto ao preconceito no ambiente dos serviços de saúde. Sem tais iniciativas é ineficaz qualquer proposta de acolhimento efetivo dessas demandas. A realidade das

necessidades das minorias sociais merece destaque e representa uma forte ferramenta na busca por redução das discrepâncias de direitos e de acesso à população brasileira em sua pluralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A homossexualidade é historicamente marcada pelo preconceito e discriminação, e o fato não é diferente quando se trata do atendimento no âmbito da saúde pública.

O acesso dessa população aos serviços de saúde tem sido descrito como um atendimento intolerante, constrangedor e excludente.

O desamparo, a desatenção e o descaso ainda é algo frequente e são características e sentimentos evidenciados por esta população ao procurar unidades de saúde, mesmo com a criação de diversas políticas públicas específicas que têm por objetivo eliminar o preconceito e estigma que essas pessoas sofrem.

As consequências da homofobia e da heteronormatividade institucional, caracterizadas pelos atendimentos discriminatórios, são as principais causas da baixa procura da utilização dos serviços de saúde por parte dessa população. O medo dessas pessoas em verbalizar a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero e a inaptidão dos profissionais no atendimento das especificidades dessa população também se tornam uma das principais causas.

Aponto a necessidade de um atendimento de forma humanizada e igualitária por parte dos profissionais de saúde, acolhendo as pessoas LGBTQIA+ e garantindo a integralidade da assistência nos serviços de saúde.

A educação continuada, a maior proximidade com as políticas públicas existentes e com as problemáticas específicas da população LGBTQIA+ mostra-se também indispensável para a qualificação dos serviços prestados por parte dos profissionais de saúde.

Outra lacuna apontada é a necessidade da divulgação das políticas públicas, para que a comunidade LGBTQIA+ obtenha ciência de seus direitos nos serviços de saúde.

Por fim, nota-se que há muito a ser assimilado e construído em relação à saúde das pessoas LGBTQIA+.

É imprescindível o cumprimento dos princípios do SUS, de universalidade, integralidade e equidade, manifestos em políticas públicas, que de fato promovam o enfrentamento da homofobia e da heteronormatividade nos serviços de saúde, aproximando assim as

pessoas LGBTQIA+ das unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 516-524, Sept. 2013 .

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300015>.

Acesso em: 18 Nov. 2020.

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.15-41, jul. 2009.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>. Acesso em: 18 Nov. 2020

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc/82188/CONSTITUICAO_DA_REPUBLICA_FEDERATIVA_DO_BRASIL_DE_1988.aspx Acesso em: 18 Nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em: 11 Out. 2020

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>. Acesso em: 24 Fev. 2020

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 599-612, Aug. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200015>. Acesso em: 3 Jun. 2019

DUARTE, M. J. O. Diversidade Sexual, Políticas Públicas e Direitos Humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Revista Temporalis**. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/444100002029/Downloads/Dialnet-DiversidadeSexualPolíticasPublicasEDireitosHumanos-5017153.pdf>. Acesso em 25 Nov. 2020

FIUZ, A. R.; BARROS, N. F. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2345-2346, Apr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400034>. Acesso em: 12 Fev. 2020.

FONSECA, P. R. Entraves e possibilidades no cuidado à população LGBT: concepções de enfermeiras da estratégia saúde da família. 2018. 37 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2018. Cap. 3. FOUCAULT, M, **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/6862/1/PAULO%20RICARDO%20DA%20FONSECA%20-%20TCC%20ENFERMAGEM%202018.pdf>. Acesso em: 25 Nov. 2020

FOUCAULT, M. La volonté de savoir. Paris: Gallimard, 1976;

GOELLNER, S. V. **A educação dos corpos, dos gêneros e das sexualidades e o reconhecimento da diversidade**. Cadernos de Formação RBCE, Campinas, SP, v. 1, p. 71-83, 2010. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/cadernos/article/view/984/556>. Acesso em: 19 Nov. 2020

GOMES, S. M et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1120-1133, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180393>. Acesso em 19 nov. 2020.

Guimarães R.C.P, Cavadinha ET, Mendonça AVM, Sousa MF. **Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?** 2017; 11(1):121-39. Disponível em: <file:///C:/Users/444100002029/Downloads/2327-Texto%20do%20Artigo-7217-1-10-20171113.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2020

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, ed. 2, 2012. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989. Acesso em: 15 nov. 2020.

LARAIA, R. B. **Cultura um conceito Antropológico**. Rio de Janeiro Jorge Zahar Ed. 1986. 116 p.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>. Acesso em: 3 fev. 2020

MADLENER, F.; DINIS, N. F. A homossexualidade e a perspectiva foucaultiana. **Rev. Dep. Psicol.,UFF**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 49-60, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-80232007000100004> Acesso em: 25 nov. 2020

Nunan, A et al. (2011). **O Preconceito Sexual Internalizado por Homossexuais Masculinos**. Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2). 14. 10.5380/psi.v14i2.12212. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/12212/13925>. Acesso em 13 nov. 2020

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? **Psicol. estud.** Maringá, v. 13, n. 4, p. 641-651, Dec. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400002>. Acesso em: 19 Nov. 2020.

PEREIRA, E. O. **ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT: A VISÃO DOS MÉDICOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**. 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20070/1/2015_%20EdsonOliveiraPereira.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020

REDE FEMINISTADE SAÚDE. **Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf Acesso em: 20 nov. 2020

SALUM, M. E. G. **GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 2018. 59 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Cap. 3. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187181/TCC%20Maria%20Eduarda%20Grams%20Salum.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 nov. 2020

SECRETARIA MUNICIPAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf>.

Acesso em: 25 nov. 2020

SILVA, S. E. D da et al. Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1112-1117, Dec. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400037>.

Acesso em: 1 Nov. 2020

SILVA JÚNIOR. J. L. GUEI: **Nem comédia nem drama, um programa de TV contra preconceito**. Juiz de Fora: UFJF; Facom, 2. sem. 2004. 97 fls. Disponível em: <https://www.ufjf.br/facom/files/2013/04/JSilva.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020

SOUZA, A. C. J. **Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil**. Recife, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/32910>. Acesso em: 25 nov. 2020

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. Rio de Janeiro: Record, 2002. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4250398/mod_resource/content/1/Devassos.pdf.