



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+

Iniquidades em saúde pública



Pedro Walisson Gomes Feitosa
Italo Constâncio de Oliveira
Izadora de Sousa Pereira
Amanda Plácido da Silva Macêdo
Modesto Leite Rolim Neto





SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública



Pedro Walisson Gomes Feitosa

Italo Constâncio de Oliveira

Izadora de Sousa Pereira

Amanda Plácido da Silva Macêdo

Modesto Leite Rolim Neto



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Prof^ª Dr^ª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Karine de Lima

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^ª Dr^ª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof^ª Dr^ª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Natíeli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^ª Dr^ª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^ª Dr^ª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^ª Dr^ª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abráao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Profª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Msc. Renata Luciane Posaque Young Blood – UniSecal
Profª Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde da população LGBTQ+ [recurso eletrônico] : iniquidades em saúde pública / Pedro Walisson Gomes Feitosa... [et al.]. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86002-00-3

DOI 10.22533/at.ed.003200303

1. Minorias sexuais – Saúde e higiene – Política governamental – Brasil. 2. Política de saúde – Brasil. I. Feitosa, Pedro Walisson Gomes. II. Oliveira, Italo Constâncio de. III. Pereira, Izadora de Sousa. IV. Macêdo, Amanda Plácido da Silva. V. Rolim Neto, Modesto Leite.

CDD 306.7660981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

SUMÁRIO

Prefácio	9
Direito à saúde e democracia: ser LGBTQ+ em uma crise de estado	12
Abordagem do paciente LGBTQ+ no serviço primário de saúde	24
Saúde mental da população LGBTQ+	36
Mulher negra LGBTQ+: saúde e interseccionalidade	49
Saúde da mulher lésbica: paradigmas e estigmatização	73
Saúde da mulher transexual no Brasil	91
Saúde do homem transexual	108
Travesti: corpo, gênero e saúde	120
Violência contra a população LGBTQ+: um problema de saúde pública	129
Transgeneridades na infância: uma análise sobre a saúde mental	150
Ser homem gay: demandas em saúde pública	159

*Dedicamos esta obra à Marielle
Franco e todxs LGBTQs
silenciados pelo ódio ao amor.*

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Prefácio

Ser LGBTQ+ é lutar. É nascer e ter seu destino escrito pelos outros. Ver a educação, a saúde e os direitos sociais serem negados em sua existência a cada dia. Sentir a negação e o abandono familiar. Ser LGBTQ+ é lutar pela vida, por existir. Por esse viés, a saúde da população LGBTQ+ sempre foi marginalizada e esquecida, uma vez que este seguimento da população era considerado insignificante e doentio. Na Segunda Guerra Mundial, lésbicas, gays e pessoas transgênero foram submetidas a torturantes experiências com o objetivo de reverter a sua orientação sexual ou de gênero. Apenas em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou a homossexualidade da lista internacional de doenças e, posteriormente, o Conselho Nacional de Psicologia passou a proibir os profissionais de realizarem atendimentos às pessoas LGBTQ's com a finalidade de reverter à homossexualidade dos sujeitos.

O acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a qualidade de seus serviços, são minimizados pela existência das desigualdades sociais. A população LGBTQ+, em decorrência da não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, tem seus direitos humanos básicos agredidos, sendo, por muitas vezes, encontrados em situação de vulnerabilidade extrema. Logo, as transformações das redes de saúde para o melhor atendimento dessa população está diretamente ligada às transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. As questões culturais

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população, constituindo o preconceito sofrido como uma barreira que impede o acesso aos serviços de saúde.

A reflexão frente aos padrões heterossexuais estabelecidos colabora na prevenção da discriminação, referindo a necessidade iminente da formação profissional dos agentes em saúde para ações frente às especificidades da população LGBTQ+. A visão negativa que a sociedade quanto esta população pode ser internalizada por estas pessoas, gerando sentimentos de inferioridade em relação aos heterossexuais. Dessa forma, o preconceito pode desencadear questionamentos sobre o seu valor como indivíduo e, em casos extremos, gerar o ódio por si mesmo. Há recorrência de episódios depressivos, sentimentos de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool e drogas, distúrbios alimentares e comportamento ou ideação suicida.

Outras raízes permeiam ainda as especificidades da saúde -ou negação desta- da população LGBTQ+. Quanto às travestis e mulheres e homens trans com dificuldade ao acesso a procedimentos de readequação corporal seguro, estas ficam à mercê do uso indiscriminado de hormônios e das “bombadeiras”, termo utilizado para a rede ilegal de pessoas que oferecem a essa população o serviço de modificações corporais através da aplicação de silicone industrial. Estes profissionais clandestinos prescrevem várias indicações na pré e na pós-aplicação,

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

como remédios a serem tomados, dias de repouso, e recomendações para o silicone “não descer para os pés”.

Vivemos em um dos países que mais mata mulheres trans no mundo. Em um Estado que os direitos à liberdade, diversidade e, ainda, à democracia, encontram-se em risco. Dessa forma, dissertar quanto a saúde da população LGBTQ+ é fazer-se resistência. É acreditar em uma saúde integral, holística, democraticamente acessível, pública e popular. Objetivamos que este material possa contribuir ao estudo, pesquisa e discussões quanto a saúde da população LGBTQ+, possibilitar análises para implementação de políticas públicas em projetos democráticos e estimular a produção de mais estudos nesse paradigma social e de saúde pública. Este livro é sobre ser luta. Sobre viver lutando, para lutar.

“Sobre ser Luta” de

Pedro Walisson Gomes Feitosa

Pesquisador em Saúde Coletiva e Educação Pública

DIREITO À SAÚDE E DEMOCRACIA: SER LGBTQ+ EM UMA CRISE DE ESTADO

Samuel Átila Rodrigues Nogueira¹

Pedro Walisson Gomes Feitosa¹

Carmelita Maria Silva Sousa²

Amanda Plácido da Silva Macêdo³

Modesto Leite Rolim Neto⁴

¹ Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Cariri

² Mestranda em Políticas Públicas pela Atenas College University (Flórida)

³ Residente em Pediatria pela Universidade Federal do Cariri

⁴ Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

No século XX Simone de Beauvoir já dizia que bastava uma crise política, econômica ou religiosa para questionarem os direitos das mulheres, afirmando que não são direitos permanentes. Esse pensamento, no entanto, não se limita à realidade feminina, ele é característica constante dos direitos das minorias e em especial da LGBTQ+. A homofobia, lesbofobia e transfobia institucionalizadas nos aparelhos de Estado parecem ainda piorar nos momentos de crise, deixando descoberta uma população que já vive à margem da legalidade. A presença do Estado funciona muitas vezes como mantenedor de uma ordem de descrédito às políticas igualitárias. Mas quando não há Estado ou onde suas estruturas são fragilizadas, como ficam os indivíduos invisíveis e marginalizados? Qual a relação das crises democráticas com os LGBTQ+?

A homofobia de Estado é o conjunto de ações e práticas que visam a desarticulação e a promoção do medo contínuo ao movimento LGBTQ+ pelas estruturas de poder dominantes. Este grupo de atores prescreve a alienação da *maioria* e a desumanização das minorias. Ao ter sua humanidade desfigurada, esses indivíduos sub-humanos passam a ser inimigos diretos do Estado e da ordem vigente, assim não podem declarar-se oprimidos nem publicizar suas injustiças, pois o direito não lhes cabe. A criação desse inimigo comum tem uma intenção muito clara que é o direcionamento da visão da população, as pessoas devem temer inimigos invisíveis para que seus governantes hajam de maneira sutil e discreta buscando apenas seus interesses próprios, mantendo indefinidamente um *status quo* benéfico para si e para sua autoridade

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

de governança. O Estado torna-se, portanto, instrumento de perpetuação da heteronormatividade e um regulador da expressão sócio-sexual, atuando na manipulação da sexualidade, do gênero e da raça (BOSIA, 2014).

A perseguição sexual pode inclusive ser direta e desnuda, inúmeros países ainda adotam leis que criminalizam práticas tidas como anormais ou contra a ordem natural, expondo um quarto da população mundial a esses regimes (BBC, 2019). De uma outra forma, mesmo em países tidos como democráticos, movimentos anti-LGBTQ+ cresceram vertiginosamente, apropriando-se de bases heterogêneas e discursos nacionalistas e tradicionalistas. Na América Latina houve uma estagnação de direitos dessas minorias (ILGA, 2019), e ao mesmo tempo uma ascensão de governos de direita e extrema-direita. No Brasil, por exemplo, após as eleições presidenciais, houve uma escalada de ódio contra o coletivo LGBTQ+ com mais da metade dele relatando violências, como agressões verbais e físicas (FOLHA DE S. PAULO, 2019).

Esses movimentos de poder usam de estratégias para engajar públicos específicos, a exemplo os religiosos que, mesmo sendo maioria, temem a ação da população LGBTQ+. Inúmeros contextos são criados com o intuito do medo e de despertar ódios internos, as redes sociais são pulverizadas de *fake news* que fabricam uma guerra homossexual em curso com objetivo de destruir as bases familiares e nacionais vigentes. Essas formas de homofobia situam-se em um ambiente paraestatal que se alimenta da inanição do poder público.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

O Estado, apesar de presente, está intencionalmente desconexo com a realidade de injustiças, diminuindo e por vezes apagando a necessidade de atuação para conter a violência. O gay, assim como lésbicas, transexuais ou qualquer outra forma não heterossexual e cisgênero, volta ao papel caricato de semi-cidadão, sua presença justifica uma espécie de caridade por meio do poder público e não a promoção de igualdade de direitos, suas necessidades são vistas como já supridas ou menos importantes que outras demandas, como a econômica. Nesse mesmo contexto, há uma desfiguração de ideologias para adaptar-se ao *modus operandi* da “nova política”, permitindo a liberdade do indivíduo para com o capital e ao mesmo tempo o policiamento e cerceamento da sua sexualidade. Vende-se o governo, as empresas, as florestas e os corpos oprimidos.

O Estado moderno, portanto, está em crise, não pelo risco do seu desaparecimento, mas pela sua incapacidade de proteger todos seus cidadãos e promover equidade. Ao assumir uma postura que permite a manutenção da discriminação e das desigualdades, a necessidade real de sua existência passa a ser questionada.

Apesar de nações com democracias bem estabelecidas também fomentarem políticas de repressão às minorias, é nas crises democráticas que a intolerância ganha terreno fértil (BOSIA, 2013). Disputas internas, guerras civis, ditaduras, derrubadas de governos e grupos religiosos no poder são exemplos claros de caminhos para precariedade das instituições. Crises são usadas como artifício para a instrumentalização

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

de genocídios e apartheid, onde a comunidade LGBTQ+ é historicamente canal para a justificativa do ódio e da violência, seu desaparecimento, portanto, é passado pelos opressores e tido no imaginário popular como condição para a estabilidade, seja ela política, social ou religiosa.

Os direitos LGBTQ+ são moeda de troca em situações que põem em risco a estabilidade do capital. As novas formas da economia mundial atuam diretamente nos Estados e exigem deles ações concretas na manutenção do seu status de dominância, podendo as minorias funcionarem como cortina de fumaça em crises socioeconômicas, realizando desejos de elites sociais, a exemplo da igreja, e essas garantindo os espaços de poder institucional. Um recente retrato dessa realidade são as novas legislações de Brunei, um pequeno país asiático que fundiu fortemente as políticas de Estado com a sharia, direito islâmico. Dessa forma, condutas tidas como fora dos preceitos religiosos, como a relação homoafetiva, podem levar de chibatadas, prisão ou até mesmo a morte, tornando-se um dos sete Estados-membros da ONU a adotar esse tipo de punição à homossexualidade (TERRA, 2019). Mas essa ascensão do autoritarismo não vem isolada, acredita-se que o governo usou desse artifício para se autoafirmar em um cenário de deterioração econômica e produzir investimentos financeiros islâmicos, como explica Matthew Woolfe, fundador do grupo de direitos humanos The Brunei Project (BBC, 2019). Após repercussão negativa, com campanhas internacionais de artistas e boicote de empresas, Brunei declarou moratória para as execuções (TERRA, 2019). Os direitos das

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

minorias ficam nesse vácuo, tornando-se moeda de troca, negociados a bel-prazer, findados ou construídos por caprichos capitais.

Outros Estados como a Palestina apresentam situações complexas para comunidades homoafetivas. Em Gaza, por exemplo, a comunidade LGBTQ+ convive com uma intolerância por diversas vias, o Hamas é acusado de perseguição, juntamente com uma forte tradição mulçumana e até mesmo secular (HAARETZ, 2018; NY TIMES, 2016). Entretanto, a violência LGBTQ+ não pode ser separada da crise humanitária que esse Estado observador não-membro da ONU passa, a desumanização do povo palestino agrava a questão de gênero, a liberdade da comunidade gay é retirada também pela perda da liberdade de povo.

No Brasil, os direitos da população LGBTQ+ são resguardados por frágeis legislações e decisões de tribunais superiores, como o casamento homoafetivo que só feito reconhecido em sua legalidade no ano de 2011 pelo Supremo Tribunal Federal. Neste acórdão, é ressaltado que “[...] nada incomoda mais as pessoas do que a preferência sexual alheia, quando tal preferência já não corresponde ao padrão social da heterossexualidade” (BRASIL, 2011).

Seguindo essa afirmação, as legislações que abordam os temas do combate à homofobia encontram uma verdadeira *via crucis* no congresso brasileiro. Frentes parlamentares são formadas com o intuito de barrar tais propostas e um vácuo legislativo proposital faz com que se continue um cenário desastroso de mortes e violência no país. Os representantes democráticos não são apenas negligentes com a causa

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

LGBTQ+, são lenientes com o ódio, a crueldade e a selvageria que se instalaram durante séculos pelos labirintos das ruas do país.

A construção nacional foi realizada desde o *achamento* do Brasil em cima do genocídio de índios e negros, hoje ainda segue a mesma ótica das invasões pelos europeus no século XV de “[...] invadir, conquistar, subjugar [...] a quaisquer inimigos de Cristo” (BAIÃO, 1939). Os inimigos de Cristo são, agora, o povo em sua essência, multicultural, multiétnico, multirracial, de diferentes credos, de diferentes costumes, de diferentes sexos e orientações sexuais. A própria diferença é perseguida, destarte, o grupo LGBTQ+ carrega consigo diversos aspectos de desobediência do igual, representa em si a própria diversidade.

O debate dos direitos dos LGBTQ+ não deve ficar somente na questão de gênero e sexual, a comunidade não está apartada da sociedade que está inserida. Apesar de ser isolada institucionalmente e/ou socialmente, suas garantias passam também por garantias do povo que ela está circunscrita. Seus desejos não podem ser tirados de modelos fixos, como o norte-americano, suas lutas não podem ser valoradas por mecanismos etnocêntricos. A religião, o país, a raça, a renda, o trabalho, a cultura são exemplos de fatores que definem horizontes diferentes de necessidades, as crises podem usar disso como mecanismos de ataque, opressão e separação, todavia a cisão radical das minorias com esses elementos característicos de povo não pode ser estratégia de contra-ataque. A comunidade precisa conversar consigo mesma, autodefinir-se e sobrepor seu direito de existência aos constructos sociais dominantes

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

que lhes permeiam. Passar pelas crises é momento de resistir, mas também de fortalecer como LGBTQ+ e como sociedade.

As discursões da não afirmação de minoria no debate por igualdade, ou seja, a proposição que todos somos humanos de necessidades iguais e caminhos de luta iguais, devem ser afastadas. Os processos de construção do ser social e da percepção das exigências sociais são diferentes inclusive dentro de cada letra da sigla LGBTQ+, cada grupo possui especificidades próprias que devem ser compreendidas e atendidas de maneiras diferentes. Um único grupo, como das lésbicas, possui pautas diferentes dependendo da idade, região inserida, cor da pele, renda, trabalho, entre outros. Apesar da singularidade, os grupos comungam entre si pela situação de minoria e a comunidade unida comunga com os demais membros da sociedade pela necessidade de direitos. Não há, portanto, como se pensar em uma luta LGBTQ+ sem se pensar em uma luta maior que suas proposições individuais. A perda da liberdade sexual e de gênero caminha junto com a perda de acesso a saúde, educação, moradia, saneamento, emprego, renda, uma realidade que passa transversalmente pela maioria absoluta da população em geral, sua situação, ao contrário desta, é agravada ainda mais por sua condição de ser. Não é apenas ser gay, mas além da liberdade sexual e de gênero, ter emprego, moradia, educação, comida, transporte, saneamento básico. Dessa forma, o enfretamento deve ser dual, tanto pela sua especificidade de minoria, quanto pela sua generalidade de povo.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Dentro desse contexto, a saúde é vista como primordial para garantir a existência real da população LGBTQ+, sendo saúde compreendida como um “completo bem-estar físico, mental e social” (WHO, 1946). A própria Organização Mundial de Saúde exemplifica fatores que podem gerar um desequilíbrio nesse tripé como “rápidas mudanças sociais, [...] discriminação de gênero, exclusão social, [...] violência e violação dos direitos humanos” (OPAS, 2016). É perceptível e notório a relação da comunidade não heterossexual e não cisgênero nesse emaranhado de fatores.

O ministro Ayres Britto em sentença que permitiu o casamento homoafetivo no Brasil já ressaltava a condição da realização do bem-estar e da felicidade, por conseguinte, da saúde LGBTQ+:

“Afinal, se as pessoas de preferência heterossexual só podem se realizar ou ser felizes heterossexualmente, as de preferência homossexual seguem na mesma toada: só podem se realizar ou ser felizes homossexualmente.” (BRASIL, 2011)

Cabe ao Estado, em especial o brasileiro, garantir políticas públicas de acesso universal e igualitário à saúde (BRASIL, 1988). Este acesso é requisito básico para humanização das populações marginalizadas, entrar nos serviços e espaços de saúde permite o reconhecimento como ser humano. Mas não basta apenas abrir as portas do sistema, é necessário admitir o Estado de exceção que vivem essas minorias, pois só após essa constatação pode-se caminhar para um período de equidade.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

O Brasil, sendo o país que mais mata homossexuais no mundo (RÁDIO SENADO, 2018), estabeleceu compromisso através do Ministério da Saúde na determinação social de saúde e redução das desigualdades ao grupo LGBTQ+ com políticas de expansão do cuidado, redução de danos, prevenção de agravos, promoção de saúde, coleta de informações e educação em saúde levando em consideração as especificidades de “raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres” (BRASIL, 2013), e vai além:

“Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde.” (BRASIL, 2013)

É necessário, para além das garantias legais, a cultura de respeito à população LGBTQ+, cultura essa que perpassa longitudinalmente no cuidado à saúde, saúde como mais que um físico, um equilíbrio sociobiológico. Ser gay, lésbica, bissexual, travesti ou transgênero não é unicamente a expressão de impulsos biologicamente definidos, mas também uma interlocução sociológica, onde nossos corpos dialogam com outros corpos na tarefa do *ser mais*. Urge agir, instrumentalizar a luta, mostrar-se como indivíduos vivos, orgânicos e

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

presentes. Diante desse processo, necessário antes de tudo a emersão dos sujeitos, o descolamento da realidade opressora, a consciência de si e a busca ininterrupta de ser um não-opressor/não-oprimido (FREIRE, 2018).

Paulo Freire fala que “na resposta dos oprimidos à violência dos opressores é que vamos encontrar um gesto de amor” (FREIRE, 2018). A luta é um processo de humanização, de amor ao oprimido e a si, assim, a permanência no estado atual das coisas é odiosa e desumana. A libertação se dará, portanto, como povo, todos e todas oprimidos, violentados, renegados e famintos, os odiados pelas estruturas de dominação.

O Estado deve ser instrumento de enfrentamento, a instituição deve ser levada à democracia. O povo deve se apropriar do que lhe é de direito e a causa principal deve ser sempre seus próprios interesses. O processo de emancipação do grupo LGBTQ+ passa por instrumentalizar-se dentro do Estado e ao mesmo tempo, ganhar sua autonomia nas ruas, onde o Estado não alcança.

Pergunta-se como será a libertação LGBTQ+, como conseguirão quebrar o ciclo de ódio, no entanto, as respostas só virão dos próprios, da organização de povo, do processo de construção de luta. A liberdade é a busca incansável dos homens, viver LGBTQ+ é um libertar-se a cada dia.

REFERÊNCIAS

BAIÃO, António. *História da expansão portuguesa no mundo: sob o alto patrocínio dos Ministérios das Colônias e da Educação Nacional*. vol. 2. Lisboa: Ática, 1939.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

BOSIA, Michael J. Strange Fruit: Homophobia, the State, and the Politics of LGBT Rights and Capabilities. **Journal Of Human Rights**, Filadélfia, v. 13, n. 3, p. 256-273, 3 jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1080/14754835.2014.919217>.

BOSIA, M.; WEISS, M. **Global Homophobia: States, Movements, and the Politics of Oppression**. Champaign: University of Illinois Press, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 2013.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão nº 132. Governador do Estado do Rio de Janeiro. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 05 de maio de 2011. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 132 Rio de Janeiro**. Brasília: Diário da Justiça Eletrônico, 14 out. 2011. n. 198. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=628633>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL É O PAÍS ONDE MAIS SE ASSASSINA HOMOSSEXUAIS NO MUNDO. **Rádio Senado**. 16 maio 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/brasil-e-o-pais-que-mais-mata-homossexuais-no-mundo>>. Acesso em: 11 maio 2019.

BRUNEI, O PAÍS ONDE GAYS AGORA PODEM SER APEDREJADOS ATÉ A MORTE. **BBC**. 3 abr. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-47798428?ocid=socialflow_facebook>. Acesso em: 11 maio 2019.

BRUNEI SUSPENDE PENA DE MORTE PARA GAYS. **Terra**. 5 maio 2019. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/mundo/asia/brunei-suspende-pena-de-morte-para-gays,d4521d2619c393f3041cdf374ee1bd1et9uyrchc.html>>. Acesso em: 11 maio 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 66ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

HAMAS COMMANDER, ACCUSED OF THEFT AND GAY SEX, IS KILLED BY HIS OWN. **The New York Times**. 01 mar. 2016. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2016/03/02/world/middleeast/hamas-commander-mahmoud-ishtawi-killed-palestine.html>>. Acesso em: 11 maio 2019.

OPAS/OMS APOIA GOVERNOS NO OBJETIVO DE FORTALECER E PROMOVER A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO. **Organização Pan-Americana da Saúde**. 10 out. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839>. Acesso em: 11 maio 2019.

THE INTERNATIONAL LESBIAN, GAY, BISEXUAL, TRANS AND INTERSEX ASSOCIATION. **State-Sponsored Homophobia**. Genebra: 2019.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

THE REAL OPPRESSORS OF GAZA'S GAY COMMUNITY: HAMAS OR ISRAEL? **Haaretz**. 07 mar. 2018. Disponível em: <<https://www.haaretz.com/opinion/.premium-who-are-the-real-oppressors-of-gaza-s-gay-community-hamas-or-israel-1.5885509?v=9CAAC93D456F981DFEF5FBFDB7827CB8>> Acesso em: 11 maio 2019.

WHAT IT'S LIKE TO BE GAY IN GAZA: MEETING ISRAELIS ON DATING APPS, EVADING HAMAS AND PLOTTING ESCAPE. **Haaretz**. 21 fev. 2018. Disponível em: <<https://www.haaretz.com/middle-east-news/palestinians/.premium.MAGAZINE-what-it-s-like-to-be-a-gay-man-in-gaza-1.5843268?v=F2DF4428FE1A34EBBDA936B5C59F5197>>. Acesso em: 11 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the world health organization**. Nova Iorque: 1946.

ABORDAGEM DO PACIENTE LGBTQ+ NO SERVIÇO PRIMÁRIO DE SAÚDE

Ramierson Macedo Lima¹

Karina Alves Medeiros¹

Jobson Nery Fernandes de Lima¹

Pedro Walisson Gomes Feitosa¹

Modesto Leite Rolim Neto²

¹ Acadêmix de Medicina pela Universidade Federal do Cariri

² Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

INTRODUÇÃO À ABORDAGEM LGBTTQ+ NO SERVIÇO PRIMÁRIO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possui princípios básicos, que são a universalização, a equidade e integralidade. O primeiro garante a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características pessoais ou sociais. Por sua vez, a equidade tem como objetivo diminuir desigualdades. Este princípio leva em consideração que as pessoas não são iguais e, portanto, têm necessidades distintas, o que em outras palavras significa tratar desigualmente os desiguais, conforme suas necessidades. Por fim, a integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades (BRASIL, 2019).

Levando em conta esses princípios, a abordagem do paciente LGBTTQ+ no serviço primário de saúde deve levar em consideração não apenas suas queixas orgânicas, mas todo o contexto psicológico e social em que aquela pessoa vive. Isso porque os fatores psicossociais estão relacionados tanto ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças orgânicas como à eficiência ou não da resposta terapêutica. Diante disso, o Ministério da Saúde reconhece que tanto a identidade sexual quanto a identidade de gênero geram discriminação e exclusão, levando a “violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008b, p. 571).

Toda essa demanda faz com que haja necessidade de uma equipe de saúde que entenda as necessidades e frustrações do paciente LGBTTQ+ que chega ao serviço de saúde em busca de atendimento.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Esse acolhimento facilita a entrada do paciente no serviço de saúde bem como a sua permanência, levando à atenção integral. Porém, a homofobia também existe dentro da equipe de saúde. Segundo levantamento realizado por Cardoso e Ferro (2012) através de dados coletados do Ministério da Saúde, 14,5% dos participantes da Parada LGBT de São Paulo relataram ter sofrido algum tipo de discriminação na rede de saúde brasileira. Diante disso, transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde em relação à população LGBT são imprescindíveis para a adesão dessas pessoas ao serviço de saúde.

Se faz necessário, portanto, uma formação profissional de agentes de saúde para ações frente às especificidades da população LGBT, adotando uma postura reflexiva frente aos padrões heterossexuais socialmente estabelecidos, de modo a ajudar a prevenir a discriminação (MILLER, 2002). Por isso, médicos (as), enfermeiros (as), agentes de saúde, odontólogos, e outros profissionais atrelados à atenção básica devem reconhecer fatores que interferem de maneira substancial no processo de saúde da população LGBT (CARDOSO; FERRO, 2012).

HISTÓRICO DE LUTA LGBTQ+

Os movimentos políticos a favor da legalidade da homossexualidade, já estavam presente na Alemanha, desde a década de 20, com a tentativa de anular o artigo 175, que criminalizava a

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

homossexualidade e nos Estados Unidos com *Gay Sunshine*, abrangente periódico homossexual produzido desde 1970. O marco para o início das Paradas do Orgulho Gay, que se espalharam pelo mundo afora, foram os episódios ocorridos no Stonewall Inn, bar de Nova Iorque que, em 1969, foi palco da primeira revolta de pessoas devido a forma como eram tratadas por autoridades, por serem identificadas como desviantes das normas sociais.

No Brasil, no período em que o país passava pela reabertura democrática, muitos movimentos sociais foram reaparecendo, a exemplo do jornal *Lampião da Esquina*, periódico produzido e destinado em grande maioria para o público homossexual que circulou no Brasil entre 1978 1981 e inspirado no *Gay Sunshine* dos EUA, desafiando a censura e questionando a heteronormatividade compulsória. Além deles, *O Somos* trazia discussões sobre as questões específicas envolvendo a homossexualidade feminina, porém não tiveram potência para modificar as relações de poder no interior do movimento. Essa situação favoreceu a manutenção da invisibilidade política de lésbicas e mulheres bissexuais.

Na década de 80, quando se teve conhecimento acerca da AIDS, os veículos midiáticos e sociais associaram fortemente o vírus ao homossexualismo o qual ficou conhecido, por muito tempo, como “Peste Gay”, a luta pela liberdade incorpora a luta pela vida. Nesse contexto, se instala o apoio pelo governo brasileiro para as mobilizações da população homossexual masculina na prevenção da doença, numa parceria com o Estado, em especial, as áreas governamentais da Saúde (PARKER, 2000). As ONGs LGBT agora passam a lutar ao lado do

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

governo. Então, ocorre uma divisão do movimento, entre aqueles que querem lutar ao lado do governo contra o HIV/AIDS e aqueles que acreditam que as lutas precisam ficar apenas na questão dos direitos (FACCHINI, 2005). Cabe ressaltar que as lésbicas, por serem inicialmente excluídas como grupo com prática de risco, não foram contempladas nas ações de prevenção da aids. aproveitou o espaço de correspondência e divulgação do jornal Lâmpião da Esquina para inspirar outros homossexuais a criarem grupos de reflexão e militância. GGB – Grupo Gay da Bahia, que surge em 1980, pioneiro na realização de pesquisas e estudos. Nesse mesmo ano, acontece o primeiro Encontro Brasileiro de Homossexuais, e no ano seguinte, a primeira comemoração do Dia do Orgulho Gay no dia 28 de junho (MOTT, 2005). Em 1985, segundo Mott (2005, p. 100), o Conselho Federal de Medicina retirou o homossexualidade da classificação de doenças. Em 1986, os grupos Triângulo Rosa (Rio de Janeiro), Libertos (São Paulo) e Grupo Gay da Bahia iniciaram campanha entre os constituintes, para incluir a proibição de discriminação por orientação afetivo-sexual no texto constitucional. A constituição de 1988 garante, no seu Art. 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”. No ano seguinte, a Lei n.º 7.716, de 05 de janeiro de 1989, afirmou no Art. 1º: “Serão punidos, na forma desta Lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional.” Contudo, não foram incluídos os termos “orientação sexual” e

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

“identidade de gênero”, como se pretendia nos movimentos daquela década.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde retira de seus catálogos médicos (DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e CID – Código Internacional de Doenças), o homossexualismo (o sufixo ismo remete à doença), passando-se a denominar homossexualidade, como condição de ser e orientação individual do desejo (ABGLT, 2013). Além disso, o movimento de travestis instituiu-se em coletivos, como no caso da Associação das Travestis e Liberados do RJ (Astral), pautando o governo para o atendimento de suas demandas específicas, além de atuarem nas ações da prevenção da aids. Ainda em 1990 72 cidades brasileiras e três estados incluíram nas Leis Orgânicas municipais a proibição de discriminar por orientação afetivo-sexual. Em 1996 homossexuais são citados pela primeira vez num documento oficial do governo brasileiro, o Plano Nacional de Direitos Humanos, e incluídos entre os grupos sociais mais vulneráveis da sociedade. Em 1997, ocorre a primeira parada do Orgulho Gay em São Paulo.

Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia aprovou resolução proibindo terapias visando à “cura” de homossexuais, através da Resolução n.º 1/99, de 23/03/1999.

Nos anos 2000, o INSS concedeu o direito previdenciário de pensão a parceiros gays por falecimento ou detenção. E em 2001, é fundada a Articulação Nacional de Travestis (Antra). Em 2002, o Grupo Gay da Bahia lançou o Livro União Estável Homossexual, reconhecido

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

pelo INSS como documento legal para comprovação de relações estáveis e recebimento de benefícios (MOTT, 2005).

Em 2004, com a participação da sociedade civil, o governo instituiu o “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” (BRASIL, 2004). Esse programa constituiu-se de recomendações aos distintos setores do governo, no intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde constituiu, ainda em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, com vistas à construção de uma política específica para o SUS.

A conquista de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo segmento LGBT, em 2006, confere um novo sentido de atuação do movimento nos processos de participação democrática no SUS, assim como permite e promove o debate de forma estratégica e permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde.

Em 2006, o ministério da saúde lançou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que tem como princípios básicos que todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; a tratamento adequado e efetivo para seu problema; ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; tem também

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

AMBULATÓRIO LGBT E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE LGBT

A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2013). É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). O protagonismo e o movimento social LGBT teve um papel primordial na luta por garantia dos direitos dessa população.

De acordo com a Política, no parágrafo referente às competências municipais de saúde, compete aos municípios:

- I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;
- II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;
- III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

Diante disso, alguns municípios apresentaram resultados positivos com a criação de Ambulatórios do SUS voltados para atendimento à população LGBT (SOUZA, 2018). Como exemplo, pode-se citar o Ambulatório LGBT - Patrícia Gomes, inaugurado no final do

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

ano de 2017 na cidade de Recife. O serviço da Prefeitura da capital pernambucana foi o primeiro ligado à Atenção Básica em Pernambuco e tem o objetivo de promover saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (SOUZA, 2018). De acordo com o secretário de saúde da capital, em entrevista, Jailson Correia, “A ideia não é criar um ambulatório segregado da rede de saúde, é colocar uma porta de acesso que seja mais fácil de as pessoas chegarem para terem seu primeiro atendimento, serem ouvidas nas suas necessidades, algumas delas específicas de saúde, como o próprio processo de transexualização. Aqui vai haver integração com outros serviços”.

Num pioneirismo para toda a região, Recife, em 2016, estabeleceu a Política Municipal de Atenção Integral à População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, como propósito de fortalecer a atenção à saúde de populações específicas. Dessa forma, a política pública ajuda a eliminar a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime, de caráter transversal envolve todas as áreas da Saúde desde as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. O acesso aos serviços para a população LGBT segue o fluxo de marcação do município, com o primeiro atendimento na unidade de saúde da família.

Parte do componente da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, que inclui, dentre outras modalidades, acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, ocorre no serviço de ambulatório

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

(BRASIL, 2017). Ainda no estado de Pernambuco, a cidade de Petrolina, localizada no sertão do estado, também conta com um ambulatório voltado para o público de pessoas trans (travestis, mulheres transexuais, homens trans, não-binários), que moram em Petrolina. Nele, é possível receber atendimento clínico de saúde gratuitamente. Trata-se de um serviço de atenção básica a saúde de pessoas trans da universidade de medicina da Univasf. E que visa garantir a saúde integral e especificidades da população como a hormonioterapia e a emissão do cartão do SUS com o nome social. A ideia é suprir a lacuna do atendimento e facilitar o acesso ao serviço de saúde destinado à população, que tem a expectativa de vida de 35 anos (LUCON, 2017). Assim, as experiências com a criação de serviço de saúde ambulatorial voltado para a população LGBT têm se mostrado exitosas e necessárias para que o acolhimento e cuidado integral, voltados para todo o ser, psíquico, físico e emocional, que já encontra sofrimento desde o momento que passa a ser reconhecido diferente. Não só pela atenção especial ao acolhimento empático de um grupo que apresenta menor expectativa de vida que a média geral, mas também pela falta de profissionais especializados no tratamento e acompanhamento deste grupo em relação, por exemplo, às medidas de manejo do controle hormonal, para os que necessitam, e aos cuidados de saúde mental. Como a decisão para criação de Ambulatórios LGBT, em sua maioria, parte de iniciativa municipal, dados nacionais sobre a quantidade, localização e padronização deste serviço é escassa.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+

Iniquidades em saúde pública

REFERÊNCIAS

ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Documentos e Publicações**. Disponível em: . Acesso em: 4 jul. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília-df: Editora Ms, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Como acolher a população transexual na Atenção Primária em Saúde?** Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/como-acolher-a-populacao-transexual-na-atencao-primaria-em-saude/>>. Acesso em: 13 de Maio de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. : 12ª Conferência Nacional de Saúde conferência Sergio Arouca: relatório final. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. : 13ª Conferência Nacional de Saúde relatório final. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília-df: Editora Ms, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <<http://portalm.s.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

CANABARRO, Ronaldo. **HISTÓRIA E DIREITOS SEXUAIS NO BRASIL: O MOVIMENTO LGBT E A DISCUSSÃO SOBRE A CIDADANIA**. Disponível em: <<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/historiaedireitoscabanarro.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2019.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Curitiba, v. 3, n. 32, p.552-563, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a03.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

DE JESUS PRADO, Elizabeth Alves; DE SOUSA, Maria Fatima. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 69-80, 2017.

LUCON, Neto. **Ambulatório atende a população trans em Petrolina; saiba como receber atendimento**. Disponível em: <<https://nlucon.com/2017/08/03/ambulatorio-atende-a-populacao-trans-em-petrolina-saiba-como-receber-atendimento/>>. Acesso em: 12 de Maio de 2019.

MOTT, Luiz. **A construção da cidadania homossexual no Brasil**. Revista Espaço Aberto. Democracia Viva, n. 25, p. 98–103, jan./fev. 2005. Disponível em: . Acesso em: 3 jul. 2013.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

SOUZA, Alice de. **Processo transexualizador no SUS: 10 anos de visibilidade na saúde.** Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2018/08/04/interna_vidaurbana,759167/processo-transexualizador-no-sus-10-anos-de-visibilidade-na-saude.shtml>. Acesso em: 13 de Maio de 2019.

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTQ+

Darley Rodrigues da Silva¹

Antonio Gilvan Teixeira Júnior²

Pedro Walisson Gomes Feitosa²

Isadélia Constâncio de Oliveira³

Modesto Leite Rolim Neto⁴

¹ Enfermeiro residente em Enfermagem Obstétrica

² Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Cariri

³ Médica pela Universidade Federal do Cariri

⁴ Professor da Universidade Federal do Cariri

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A atenção à saúde mental no Brasil vem se desenvolvendo e adotando novos paradigmas ao longo dos anos, influenciada pela percepção de um cuidado de base territorial e aspectos da reforma psiquiátrica. A transição epidemiológica e um nível crescente de transtornos psiquiátricos e doenças psiquiátricas têm demonstrado a importância de se discutir sobre saúde mental em diversas populações (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Dentre os problemas de saúde mais discutidos atualmente, encontra-se o suicídio, caracterizado como um fenômeno de ocorrência mundial e um problema de saúde pública de importante relevância. De acordo com a OMS, em estimativa de 2014, mais de 800 mil pessoas atentam contra a própria vida anualmente e essa estimativa deve atingir 1,6 milhões de mortes em 2020. Acredita-se que este número seja bem maior, pois há ocorrência de subnotificações ou ausência de registros de tais acontecimentos, bem como o estigma social no qual o tema está envolvido. Está ligado a fatores multicausais e, geralmente, se desenvolve como consequência da depressão, que, por sua vez, surge através de diversos outros fatores como experiências traumáticas, estresse, vivências negativas, frustrações e pressão social (JUNIOR 2015; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019).

Gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e outras formas de orientação e identidade sexual que não se adequem aos padrões heteronormativos, vivenciam mais situações estressantes quando comparadas à população heterossexual e cisgênero, sendo que grande parte está relacionada ao estigma sobre a sua orientação e sexual e

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

identidade de gênero, o que provoca desequilíbrio mental, angústia, emoções negativas e risco para o desenvolvimento de psicopatologias, além de idealizações suicidas, conseqüente à experimentação da violência no seu contexto social (MUSTANKI; LIU, 2013; LIAN et al, 2015; SILVA; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2012, foram registrados 4.851 casos de discriminação voltada à indivíduos homossexuais, onde a maioria das vítimas, cerca de 61,16%, tinha idade entre 15 e 29 anos. A “homofobia”, como é definida essa direção de emoções e comportamentos negativos à indivíduos homossexuais - que pode ser estendida em seu sentido outros indivíduos pertencentes à sigla LGBTQ+, definida como LGBTQfobia - está diretamente ligada à sentimentos perturbadores, como medo, ódio, repúdio, ao mesmo tempo em que está ligada à relações de poder e de diferença entre gêneros e os modelos pré-determinados pela sociedade (NATARELLI, et al, 2015).

O pertencimento a grupos múltiplos de minorias, como estar entre minorias raciais, associado ao pertencimento à comunidade LGBTQ+, apresenta-se como fator agravante para o desenvolvimento de sintomas depressivos e suicídio. Apesar de não poder ser considerado um fator aditivo, acredita-se que o estresse provocado por diversas situações de rejeição desencadeadas durante a convivência em sociedade pode acumular e gerar sofrimento no indivíduo (SHADICK; DAGIRMANJIAN; BARBOT, 2015). Dentre os transtornos psiquiátricos mais comumente desenvolvidos por essa população, pode-se citar: depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

traumático, uso abusivo de álcool e drogas, além de comportamento autodestrutivo e suicida (JÄGGI et al, 2018).

Existem múltiplos fatores que podem explicar e detalhar como ser parte desse grupo, caracterizado como uma minoria sexual, pode contribuir para a experimentação de sofrimento psíquico, desenvolvimento de psicopatologias e de ideação suicida.

A rejeição familiar e rejeição social apresentam-se como os principais fatores desencadeantes de sofrimento psíquico e idealização suicida nessa população. As reações à essa vivência negativa se desenvolvem a partir da experimentação de diferentes tipos de rejeição no âmbito doméstico e social, onde quanto mais intensa é a forma de segregação do indivíduo, mais intensos serão os sintomas do estresse desencadeado. É observado, ainda, que indivíduos da comunidade LGBTQ+ que experimentam situações de agressão física, apresentam maior risco para suicídio do que aqueles que sofrem pressão psicológica isoladamente no âmbito familiar. A população de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, constantemente sofrem privação de direitos, olhares estranhos em público, além de agressões verbais e físicas devido a sua orientação sexual. A ocorrência de tais eventos contribui para a idealização suicida, uma vez que provocam sensação de desvalorização pessoal. Durante momentos de lazer em público, esse grupo sofre rejeições e agressões diretas e indiretas por parte da sociedade. Isso pode desencadear consequências como isolamento social, além da sensação de que o mesmo é uma sobrecarga para as pessoas que o indivíduo convive (BAAMS; GROSSMAN; RUSSELL, 2015; NGUYEN et al, 2016).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A consequência da rejeição familiar se manifesta com mais intensidade no público adolescente, pois apresentam maior risco de sofrerem violência dentro do ambiente familiar e escolar. Visto que a adolescência é um período de descobertas, de afirmação da própria identidade e onde ocorrem diversas transformações no âmbito biopsicosocioespíritual do indivíduo. Dentro deste contexto, estão mais propensos a desenvolverem sintomas depressivos e depressão. A falta de apoio familiar desencadeia sentimentos de solidão e contribui para a idealização suicida (ORTIZ-HERNÁNDEZ L; VALENCIA-VALERO, 2015).

Além disso, um estudo realizado no interior do Ceará apresentou resultados que afirmam que as agressões sofridas pela população LGBTQ+, que culminam no desenvolvimento de sofrimento psíquico, como humilhações, hostilização e ameaças, são provocadas, em sua maioria, por pessoas conhecidas, sendo elas em maior parte familiares e vizinhos (ALBUQUERQUE; PARENTE; BELÉM; GARCIA, 2016).

As consequências são mais visíveis em uma parte fragmentada desse grupo. Estudos fazem uma associação entre a bissexualidade e maior índice de idealização suicida e sofrimento psíquico, quando levada em consideração os participantes da sigla LBG (Lésbicas, gays e bissexuais. Teixeira-filho, Rondini (2012), Hatzembuehler, Keye (2013), Arnarsson et al (2015) e Baams; Grossman; Russell (2015) afirmam que os bissexuais representam a orientação sexual mais propensa ao suicídio. Teixeira-filho, Rondini (2012) destacam que isso se deve ao fato de que esses indivíduos geralmente mantêm um convívio social onde suas

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

orientação não é ou não pode ser exposta, criados num modelo de família que impede a vivência plena de sua sexualidade, havendo repressão e internalização de sentimentos e a prática pública de afeto e atividades sexuais apenas com o sexo oposto.

Hatzenbuehler, Keye (2013) reforça essa última afirmação, pois obteve o seguinte resultado: dentre os participantes, aproximadamente 23% dos jovens bissexuais afirmaram ter tentado suicídio pelo menos uma vez, em contraste com gays e lésbicas (21%) e heterossexuais (4,33%). Vale enfatizar que essa afirmação não pode ser generalizada, visto que vivemos em uma sociedade plural e com indivíduos com diferentes características, mas merece ser dada importância necessária.

Estima-se que no contexto da população LGBTQ+, os (as) travestis e transsexuais apresentem maior risco para a experimentação de sofrimento psíquico e desenvolvimento de depressão. As dificuldades encontradas no processo de redesignação sexual e a pressão por se adequarem a padrões socialmente aceitos são alguns dos principais contribuintes para tal fato. Outro fator que se destaca como influenciador no processo de sofrimento psíquico é a necessidade desses indivíduos de explicarem constantemente sua identidade e suas ações para a sociedade. Além disso, o não reconhecimento do gênero por outros indivíduos pode desencadear em uma autodiscriminação e não aceitação da própria identidade, promovendo isolamento social, culpabilização e um grande impacto negativo na saúde mental a longo prazo (BRASIL, 2012; JÄGGI et al, 2018).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A expressão da LGBTfobia por pessoas que fazem parte deste grupo é presente e se caracteriza como uma ação que contribui para o sofrimento psíquico. A homofobia internalizada, como é definida, apesar de ser considerada um fator autoprotetivo, está intimamente ligada à repressão de sentimentos. Como meio de esconder aspectos sobre sua sexualidade e/ou de se encaixar ao padrão heteronormativo, o indivíduo direciona comportamento opressores contra a própria orientação sexual e/ou identidade de gênero, gerando inconscientemente culpa, confusão de sentimentos e isolamento social. Um pior índice de saúde mental é encontrado nessa população. A homofobia internalizada pode se manifestar de outras formas como, por exemplo, falsas reações diante de piadas homofóbicas, fingir que se diverte diante de alguns comentários, achar normal tais piadas ou sair discretamente do local para não precisar reagir (TEIXEIRA-FILHO, RONDINI 2012; BAAMS; GROSSMAN; RUSSELL, 2015).

A religiosidade é entendida como um fator que pode contribuir positivamente ou negativamente para o enfrentamento do convívio social dificultoso para esse grupo, sendo um importante aspecto que deve ser analisado durante uma escuta qualificada no atendimento em saúde. A afiliação a uma religião pode agir como fator protetivo, uma vez que oferece um suporte emocional e de apoio social diante da vivência de experiências violentas. Por outro lado, a religião pode contribuir negativamente quando expõe, durante sua prática, a definição de “padrões morais”, proibição da relação sexual que fuja dos padrões heterossexuais, produzindo sentimentos de culpa, internalização da homofobia, repressão de sentimentos, tristeza e isolamento social

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

(GATTIS; WOODFORD; YOOSUN, 2014; SILVA; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019).

O consumo de substâncias com efeitos psicoativos é um hábito presente na comunidade LGBTQ+. Estima-se que este fato pode ser justificado pela busca de amenizar sintomas de sofrimento psíquico provocados pelo complexo convívio social. Além disso, a rejeição familiar demonstra-se como fator que influencia o consumo de álcool. Torna-se, no entanto, um fator agravante para o surgimento de prejuízos a saúde mental do indivíduo. O consumo de álcool e drogas se apresenta como um maior risco para a vivência de idealização suicida (BRIAN, et al, 2016; NGUYEN, et al, 2016). Vale ressaltar que a predisposição para um consumo aumentado de substâncias psicoativas se associa à situações estressantes vivenciadas por essa população, não mantendo relação direta com a orientação sexual e/ou identidade de gênero.

Uma questão pouco discutida nos cenários de saúde é a gravidez na população de Lésbicas e Homens Trans. A invisibilidade de um momento que causa profundas transformações nos aspectos biopsicosocioespiritual desses indivíduos, tende a gerar grande impacto negativo na sua saúde mental. Portella (2014) traz um histórico de como a gestação em mulheres lésbicas pode ser desenvolvida e, a partir disso, pode-se associar tais vivência a danos na saúde mental. Além das gestações desejadas, geradas por sexo heterossexual ou por inseminação artificial, o estudo demonstra que dentre as participantes, grande parte afirma ter engravidado a partir de relação forçada ou não desejada.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Tais dados demonstram – se preocupantes por diversos fatores, dentre os quais podemos destacar o que Teixeira-filho, Rondini (2012) e Brian et al (2016) constata em seus estudos: indivíduos não heterossexuais estão mais propensos a sofrerem violência sexual. A violência sexual, de forma isolada, já predispõe a um risco elevado do indivíduo que vivencia desenvolver estresse pós-traumático, sintomas depressivos, psicopatologia e ideação suicida (SANTOS; MONTEIRO, 2018). O fato de tal violência resultar em uma gestação em um indivíduo da comunidade LGBTQ+, pode desencadear ainda mais sofrimento, uma vez que de acordo com Portella (2014) os profissionais de saúde não estão preparados para atender a essa população, ainda revestidos de preconceito, de pensamentos heteronormativos e ausência de diálogo nas unidades sobre a particularidade da saúde desse grupo.

Questões sobre sexualidade e reprodução se configuram como importantes e preocupantes discussões no cenário de saúde mental, sendo destacadas questões relativas à gravidez, parto, puerpério, associadas ao estigma relacionado à orientação sexual e o machismo. Além disso, é importante destacar que há dificuldade em se conseguir um suporte emocional durante experimentação da gestação, pois a vivência de discriminação durante a busca por atendimento é muito presente nos serviços de saúde. Um estudo realizado em 2016, com 561 lésbicas, registrou que 80% das participantes afirmaram ter necessitado de algum serviço de saúde mental durante sua vida, sendo que, destas, 30% relataram ter recebido um atendimento baseado em comportamentos hostis por parte da equipe (DEDOMINI; RASERA; PERES, 2016).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Oliveira et al (2018) confirma essa afirmação em seu estudo, onde diz que o atendimento em saúde é influenciado pelos padrões heteronormativos aos quais os profissionais estão inseridos, havendo necessidade de superação de modelos antiquados e que não atendem o indivíduo de forma holística, sem respeitar suas singularidades.

Gaspodini, Falcke (2018), apresentam nos resultados do seu estudo que identificou a presença de expressões de preconceito em psicólogos. Enfatizam, ainda, que apesar de ter sido apresentada uma média baixa, por se tratar de violência extrema, é um dado de importante relevância e preocupação. Visto que a população LGBTQ+, como já demonstrado em outros estudos, é constituída de indivíduos com vulnerabilidade social e tendência aumentada para a experimentação de sofrimento psíquico. Percebe-se a necessidade de avaliar a formação de profissionais que atuem na saúde mental, para adequação aos paradigmas atuais.

Diante de toda a discussão, é válido refletir também sobre a relação entre ser integrante de uma minoria sexual e a vulnerabilidade em saúde mental a partir da seguinte afirmação:

“Saúde mental e saúde emocional têm a ver com a capacidade de concretização dos desejos de felicidade de cada uma das pessoas.” (VILELLA, 2014, p. 35) -

Pode-se inferir que a construção de representações sociais em um contexto de negação de direitos, discriminação, violência e ausência de liberdade plena para viver de forma desejada, é dificultosa, pois esses

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

aspectos impedem a concretização de desejos na população LGBTQ+, o que afeta diretamente a saúde emocional desses indivíduos.

A ausência de políticas públicas que defendam e discutam a situação da população LGBTQ+ está também ligada ao desenvolvimento de ideações suicidas, uma vez que, sem proteção, essa comunidade está mais vulnerável a ocorrência dos diversos tipos de violência no convívio social^{5,18}. Como foi discutido anteriormente, a vivência de experiências estressoras e violentas acerca da sua orientação sexual provoca impacto negativo sobre a saúde mental (HATZENBUEHLER; KEYE, 2013).

A identificação dos fatores de risco é importante para que seja realizada a prevenção. Os profissionais devem estar capacitados para interpretá-los e realizar o manejo adequadamente, sabendo reconhecer e lidar com sintomas depressivos, conhecer a dinâmica do suicídio e as especificidades relacionadas ao gênero. A capacitação dos profissionais que atuam com esse público é essencial para a eficácia do manejo e prevenção, contribuindo para a redução da mortalidade ou sequelas provocadas pelo suicídio ou tentativa. É importante também que os mesmos desconstruam pensamentos estigmatizantes adquiridos na sociedade, pois isso influencia negativamente no manejo clínico.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, Abr-Jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 16 abr. 2019.

ARNARSSON, A et al. Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: a population-based study in Iceland. *Scand J Public Health*, [S. 1.], Jul 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 3 abr. 2019.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

BAAMS, L; GROSSMAN, A.H.; RUSSELL, S.T. Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2019.

CABRAL, Thamiris Maria Nascimento; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde Debate*, [S. l.], Jan-Mar 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 abr. 2019.

DETOMINI, Vitor Corrêa ; RASERA, Emerson Fernando; PERES, Rodrigues Sanches. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP, Ribeirão Preto/SP*, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GASPODINI, Icaro Bonamigo ; FALCKE, Denise. Relações entre Preconceito e Crenças sobre Diversidade Sexual e de Gênero em Psicólogos/as Brasileiros/as. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S. l.], Out-Dez 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 21 abr. 2019.

GATTIS, Maurice N. ; WOODFORD, Michael R.; HAN, Yoonsun. Discrimination and Depressive Symptoms Among Sexual Minority Youth: Is Gay-Affirming Religious Affiliation a Protective Factor?. *Archives of Sexual Behavior*, [S. l.], November 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-014-0342-y>. Acesso em: 20 abr. 2019.

HATZENBUEHLER, Mark L. ; KEYES, Katherine M. Inclusive Anti-Bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth. *J Adolesc Health*, [S. l.], Jul 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 15 abr. 2019.

JÄGGI, Tiziana et al. Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International*, [S. l.], Apr 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 abr. 2019.

JUNIOR, Avimar Ferreira. The suicidal behavior in Brazil and in the world. *Revista Brasileira de Psicologia*. *Revista Brasileira de Psicologia*, Salvador, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MUSTANKI, B; LIU, R.T. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Arch Sex Behav.*, [S. l.], Apr 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054258>. Acesso em: 2 abr. 2019.

NATARELLI, Taison Regis Penariol et al. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. *Escola Anna Nery, Ribeirão Preto/SP*, Out-Dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 abr. 2019.

NGUYEN, Trang Quynh et al. Negative Treatment by Family as a Predictor of Depressive Symptoms, Life Satisfaction, Suicidality, and Tobacco/Alcohol Use in Vietnamese Sexual

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Minority Women. *LGBT Health* , [S. 1.], Nov 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 abr. 2019.

OLIVEIRA, Geane Silva et al. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, Out 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 16 abr. 2019.

ORTIZ-HERNANDEZ, Luis ; VALENCIA-VALERO, Reyna Guadalupe. Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. 1.], 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 16 abr. 2019.

PORTELLA, Ana Paula. Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. *Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* , Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SANTOS, Ariane Gomes dos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. 1.], 29 nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLE, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas lgbt. *Trabalho, Educação e Saúde*, Florianópolis, Fev 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SMITH, Brian C. et al. PTSD, Depression, and Substance Use in Relation to Suicidality Risk among Traumatized Minority Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Archives of Suicide Research*, [S. 1.], 20 jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 abr. 2019.

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Sociedade*, [S. 1.], 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 abr. 2019.

VILELLA, Wilza. Mulheres lésbicas e bissexuais: determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde. *Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* , Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br>. Acesso em: 3 abr. 2019.

WHITAKER, K; SHAPIRO, V.B.; SHIELDS, J.P. School-Based Protective Factors Related to Suicide for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. *J Adolesc Health*, [S. 1.], Jan 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 16 abr. 2019.

MULHER NEGRA LGBTQ+: SAÚDE E INTERSECCIONALIDADE

José Willyam de Sousa Silva¹

João Paulo do Nascimento²

Pedro Walisson Gomes Feitosa³

Cicera Leice Silva Marques⁴

Modesto Leite Rolim Neto⁵

¹ Graduado em Educação Física pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio

² Acadêmico de Ciências Sociais na Universidade Regional do Cariri

³ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Cariri

⁴ Psicóloga pela Faculdade Maurício de Nassau

⁵ Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

RACISMO E SAÚDE

O Brasil desde a primeira metade dos anos 1900 foi visto como berço da diversidade, assim como se vendia o ideal de que o Brasil era o país das três raças, pensamento difundido internacionalmente. Essa ideia fomentou o mito da democracia racial, isto é, brancos, “mulatos” e negros viviam sobre condições de igualdade jurídica e social. Todavia, apesar do Brasil ser uma das maiores sociedade multirraciais do mundo, segundo dados do IBGE mais da metade da população é formada por pessoas negras (pretos + pardos) , ainda assim existe uma disparidade entre a população negra e branca do país. São diversos os indicadores que vêm mostrando desde 1940 desigualdades em educação, acesso a trabalho, ganhos e expectativa de vida. Esse cenário contribui para o acontecimento de atitudes e fixação de estereótipos racistas referentes aos negros em toda a sociedade (ANDREWS, 1997).

Para Faro e Pereira (2011) a inequidade em saúde é globalmente relatada, todavia é preciso notar as especificidades que estão em torno dessa má distribuição em acesso à saúde ligada a camada étnico-social que o individuo faz parte. Esse processo parece estar intrínseco a racialização a qual está submetida nossa sociedade que a cor da pele é um instrumento de segregação de minorias no acesso a recurso que são fundamentais para o desenvolvimento humano. Entendendo desigualdade social como a ocupação de diferentes posições na estrutura social e com isso maior ou menor acesso aos bens de serviços que garantem ou não ao individuo a condição de cidadania.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Apesar de que é esperada uma disparidade na distribuição dos recursos sociais, o abismo que existe nessa distribuição é que revela uma profunda diferenciação entre os sujeitos. Esse quadro impõe a necessidades de refletir sobre os efeitos deletérios e prejudiciais a saúde na qual a desproporcionalidade a que indivíduos pertencentes a determinados grupo étnicos-raciais estão submetidos, indicando a existência de diferenças biológicas e maior vulnerabilidade na determinação da saúde (FARO E PEREIRA, 2011).

O aumento do número de informações a respeito da identificação racial ou da cor tem contribuindo para a compreensão de problemáticas pertinentes a saúde nos últimos tempos, possibilitando que diferentes perfis epidemiológicos sejam mapeados. O cruzamento de dados por raça/cor mostra que as pessoas negras estão em condições de saúde precárias comparadas às brancas no que diz respeito ao risco de adoecer e morrer, como no acesso ao cuidado. Apesar dos avanços nos estudos dessa temática ainda é muito recorrente a presença de dificuldades na obtenção de informações no prontuário do paciente, os documentos não apresentam o local específico para registro da cor/raça (SACRAMENTO E NASCIMENTO, 2010).

INTERSECCIONALIDADE

Categorias para separação de grupos surgem da necessidade de reagrupar e organizar para que se torne possível uma melhor leitura, visualização e compreensão, isto é, quando estamos tratando de dados.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Socialmente falando, conseguimos perceber essas subdivisões no que diz respeito aos grupos sociais, e nesta perspectiva, as mesmas funcionam com o intuito de facilitar a efetivação de processos que supram as demandas dessas esferas. Assim, categorias analíticas ajudam a ampliar nossa compreensão sobre a realidade e em geral, são formuladas no meio acadêmico para superar limites e tensões que são criadas a partir de impasses e da própria necessidade de entender que cada grupo tem suas especificidades e que são elas que os fermentam e constroem. As lutas dos movimentos sociais se alçam partindo dessa ideia de divisões grupais para que melhor possam se organizar de acordo com a necessidade de cada minoria – mulheres, negros, LGBTQs, entre outros – e assim diminuir as problemáticas de articulação na busca por melhorias e direitos.

A questão é que essa categorização cria políticas públicas com tendências universalizáveis que não levam em conta a possibilidade de cruzamentos de categorias, ou seja, a perspectiva interseccional. Neste caso, é como se não houvesse distinção dentro de cada grupo geral, e como se as problemáticas que mulheres negras enfrentam fossem as mesmas com as quais mulheres brancas, ou homens negros lidam, não levando em conta que um indivíduo pode perpassar os limites de uma categoria e coexistir em mais de uma. E quando isso acontece, as necessidades do mesmo não se restringem apenas as demandas daqueles grupos, logo mais as políticas públicas formuladas para aquela esfera social tornam-se insuficiente. E é exatamente isto que ocorre atualmente.

Bourdieu trata sobre a ideia da existência de capitais (cultural, político e econômico) e como eles refletem nos lugares que os corpos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

ocupam socialmente; o autor dialoga sobre a ideia de que os sujeitos ocupam diferentes espaços sociais, partindo dos tipos de capitais que cada um possui. O espaço social define diferentes espaços de tomada de posição, assim a posição social é definida através dos capitais, tanto adquiridos como herdados, e a mesma reverbera nas inúmeras outras esferas, como também nas posições almejadas (BOURDIEU, 1996). São esses capitais que definem as categorias de divisão social e que possibilitam cruzamentos ou os rejeita. Um LGBTQ+ portador de capital econômico não tem as mesmas necessidades de um LGBTQ+ que não possui o mesmo, assim, apesar de estarem no mesmo grupo social, não ocupam os mesmos espaços, e logo mais, não detém das mesmas oportunidades.

A interseccionalidade se mostra como parte vital do processo de luta por direitos exatamente por mostrar que as pessoas, até mesmo as que estão à margem da sociedade, ultrapassam seus grupos designados quando o que está em jogo são necessidades, e neste caso, a mesma evidencia que o indivíduo não está estancado em seu grupo, ele está transitando entre os grupos, ele é aquilo que lhe foi definido, mas também é o outro. E o outro. E talvez um pouco mais do outro. E não é possível criar políticas públicas que sejam de fato eficientes se não considerar a vertente interseccional do cruzamento. É muito comum a ideia de que as diferenças produzem desigualdades que se sobrepõem: mulher e negra e pobre e lésbica. Uma mulher sofre certas opressões no sistema de gênero, mas quando é discriminada devido sua orientação sexual por ser lésbica ou bissexual é no eixo da sexualidade que parece

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

se cristalizar sua opressão. Quando é discriminada por não conseguir um emprego por causa da sua pele negra, ou seu cabelo crespo, o eixo de opressão que se expressa nesta situação é o racismo, qual não pode ser dissociado das esferas de gênero e de sexualidade, já que esta pessoa negra é também mulher e lésbica, alvo, portanto, de machismo e lesbofobia. O que pode ser observado, portanto, é que a pessoa não é divisível em cada situação particular, o que implica que as opressões a atingem de modo combinado, reforçando-se na produção das desigualdades sociais. É por isso que interseccionalidade é um conceito analítico, ou seja, permite ler e interpretar a realidade para melhor atuar sobre ela visando a sua transformação.

MULHERES NEGRAS CISGÊNERO LÉSBICAS E BISEXUAIS

A saúde da mulher negra tem especificidades que o Estado deve considerar ao planejar as políticas de saúde para esse segmento social. São questões referentes à maior incidência e prevalência de miomas uterinos em mulheres negras, alta prevalência de doença falciforme em mulheres em idade fértil; alta prevalência de violência doméstica e no trabalho; além do maior número de portadores de ISTs constarem na população negra da sociedade; entre tantos agravos que acometem a saúde dessas mulheres. Por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica. Tais informações ressaltam a necessidade de implantação de políticas de saúde em todos os níveis de complexidade, que atendam às

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

especificidades das mulheres negras, uma vez que, na esfera estatal, as políticas de saúde com recorte de gênero e cor são relativamente novas.

A maior incidência dos miomas em mulheres negras é cinco vezes superior do que o constatado nas mulheres brancas. Os pesquisadores consideram que a predisposição biológica parece um fator importante no aparecimento do mioma, contudo, não apenas ela seria a responsável, e sim, o surgimento do mesmo estaria relacionado com fatores alimentares, estresse e com condições de vida em geral, o que adicionaria a questão socioeconômica como possível fator agravante para desenvolvimento de miomas. A anemia falciforme, por sua vez, é uma patologia hereditária que atinge as hemoglobinas e se faz presente, principalmente, em negros; são apontadas como algumas das características de sintomas provocadas pela doença: crises dolorosas, palidez, cansaço fácil, úlceras nas pernas, etc. A afirmativa de que a anemia falciforme é uma “doença de negros” se constitui enquanto parte da história da genética e dos movimentos sociais; assim, as iniciativas primárias em saúde pública com relação a essa doença partiam desta certeza, o que implicou na aplicação das mesmas em específicos grupos sociais da população (aqui ler-se NEGROS). Neste caso o dado acima citado – da maior prevalência da anemia falciforme entre negros – passou a ser compreendido em uma esfera política, sendo lido como marcador racial (e social) da negritude, denunciando o descaso dos sistemas de saúde perante as demandas específicas desta população. Entretanto, se por um lado, é verdade que a patologia apresenta uma maior incidência entre negros e pardos no Brasil, não seria correto

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

afirmar de que esta é uma doença exclusiva destes grupos. O que se exclui aqui é o mesmo fator tratado com desdém em todas as patologias que acometem essa esfera, assim como na questão de miomas, de ISTs, da própria violência doméstica que será explanada mais a frente: a questão socioeconômica da mesma e o impacto das desigualdades sociais proporcionado pelas relações de poder.

Tendo por base os dados fornecidos pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) com relação à taxa de mortalidade no Estado de São Paulo, em 1999, constatou que a expectativa de vida ao nascer é, em média, 70 anos para homens e mulheres. Contudo, a diferença entre gêneros e grupos étnicos raciais contraria de forma significativa, exemplificando a discrepância evidente e construída estruturalmente na sociedade. Contrariando a tese de que mulheres vivem mais que homens, a mulher negra tem uma expectativa de vida de 66 anos, a contraponto do homem branco, qual exibe uma exuberante expectativa de vida de 69 anos, e da mulher branca, que por sua vez, viveria entorno de 71 anos. É possível constatar o impacto que o preconceito racial, o sexista e a discriminação podem ter sobre a saúde mental do grupo em questão por meio da análise de dois distúrbios que exemplificam e se mostram enquanto consequências da violência psíquica vivida por essas mulheres: distúrbio da autoestima e distúrbio do autoconceito. Verificou-se uma considerável insatisfação das mulheres negras com a aparência, pois 46,5% delas mudariam algo no corpo, em ênfase, cabelo e o nariz (CRUZ ICF; PINTO A. 2002). Tendo em vista a teoria racial crítica, constata-se que segundo os dados encontrados o que temos é uma mulher discriminada racialmente.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Não bastasse isso, a saúde mental da feminina ainda é afetada pelas manifestações de violência domésticas, assim como a violência psicológica ou emocional e a violência física quais são mais frequentes e as primeiras a se manifestarem geralmente. Representadas principalmente nas modalidades de humilhações, xingamentos e desprezo, esse tipo de violência ocorre primariamente, e perdura durante todo o ciclo de violência; somando-se com o passar do tempo outras formas de violência, no caso, a agressão física. Dessa forma, a violência psicológica ocorre sempre a priori. A questão racial deve ser considerada quando o que está em pauta é o tratamento de implicações e vulnerabilidade para a vivência de violência. No tocante a esfera da violência urbana, homens negros e pobres, ao mesmo tempo em que são os principais agressores, também são as principais vítimas, já quando se trata de violência doméstica, quem mais sofre são as mulheres e crianças negras e pobres, quais ocupam a posição de “dona de casa”, o que implica que na grande maioria dos casos, o agressor se configura enquanto seu companheiro conjugal.

Outro agravante está implícito no fato de que a população feminina negra possui menores anos de escolaridade, tem maiores dificuldades para estudar, ocupa posições mais subalternas, trabalha mais, tem pior salário e condição de trabalho. Isso ocasiona o que chamamos de dependência financeira, qual se mostra como um dos principais motivos relatados pelas mulheres para não deixar seu companheiro. Neste caso, a simples solução seria a tão aclamada busca pela “independência financeira”, mas em uma sociedade altamente

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

excludente, patriarcal e construída e estruturada em cima do racismo, a população preta recebe tratamento discriminatório tanto nas entrevistas, quanto já na condição de empregados. Estas situações terminam por deixar as mulheres ainda mais vulneráveis a permanecer na relação de violência.

Esses processos violentos, tanto psicológicos quanto físicos, implicam muitas vezes na impossibilidade de se nortear futuramente. Elas (as mulheres negras) se veem dependentes de seus maridos, e a sociedade nada faz para mudar isso. Este é o estereotipo da mulher. Esta é a posição que a mesma ocupou, e deve continuar ocupando. A de submissão, tanto para não desestruturar a sociedade patriarcal, quanto para não ferir a tão frágil masculinidade. Em muitos dos casos, a mulher não se vê como apta para sair daquela situação, às regras ditam que ela não consegue e que aquele é e sempre será o lugar dela. E isso a impede de ter perspectivas para o futuro. De ascender socialmente. Aqui, se intercalam questões de gênero (sexismo e inúmeras outras) e de raça (a posição de subalternidade ocupada pela grande maioria das mulheres negras).

Mesmo as ISTs se mostrando doenças de transmissão prioritariamente sexual, a sua ocorrência perpassa o que tange a ideia do comportamento sexual, se relacionando assim com as condições de vida, composições etárias e étnicas das populações atingidas e gênero. O conceito de vulnerabilidade, por sua vez, obteve posição de destaque no início da década de 90, permitindo uma visão ampliada sobre como questões relacionadas à desigualdade social, diversidade sexual,

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

raça/etnia, preconceito e discriminação podem potencializar a disseminação da infecção de doenças sexualmente transmissíveis:

“No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento coloca o negro brasileiro em condições de vulnerabilidade. Além da inserção social desqualificada/desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de assistência e prevenção (vulnerabilidade programática), homens e mulheres negros vivem em um constante estado defensivo. Esse efeito cumulativo de desvantagens individuais, sociais e políticas pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas e psicossociais, além das doenças físicas (vulnerabilidade individual).” (PINHO et al., 2002, p. 278)

Desde então, inúmeros estudos apontam fatores biológicos que discorrem explicações sobre a maior probabilidade de infecção em mulheres, como a exemplo, o fato de os homens apresentarem maior quantidade de carga viral no esperma do que as mulheres no líquido vaginal. Contudo, ainda que isso se mostre verdadeiro, não há dúvida de que as infecções sexualmente transmissíveis são mais comuns nos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

segmentos mais pobres da população, e nesse caso, pensando na disparidade de gênero explícita na sociedade, em mulheres, e ainda mais além, em mulheres negras. Partiremos agora para a terceira esfera dessa discussão: a da orientação sexual.

À medida que a esfera social das mulheres sofre com o machismo impregnado na sociedade e as violências de gênero, quais se manifestam em diferentes âmbitos, inclusive no da saúde, a exemplo da violência obstetra, a população lésbica e bissexual feminina, além de lidar com essas questões, enfrentam situações ainda mais específicas, conforme revelam Barbosa e Facchini (2009), que afirmam que mulheres lésbicas realizam com menor frequência exames preventivos e rotineiros, como o exame de prevenção contra o câncer de colo uterino (Papanicolau) e o exame de prevenção contra o câncer de mama (Mamografia). Isso acontece devido a ações discriminatórias que as mesmas sofrem dos agentes de saúde após revelarem sua orientação sexual, já que geralmente os mesmos não estão preparados para atender pessoas que não se encaixem e se construam nos padrões heteronormativos, quais prescrevem uma coerência estrita (e designada por uma sociedade LGBTFOBICA e heteronormativa como única possível e correta) entre sexo, gênero e desejo sexual (BUTLER, 2003). O atendimento se baseia na suposição de que todas as mulheres são heterossexuais; em uma consulta de rotina onde uma pergunta desenvolvida for com relação à existência de uma vida sexual ativa e a paciente, mulher e lésbica, afirmar, a mesma será abordada com uma sessão de perguntas sobre contracepção, gravidez e aborto. Em situações como essa, é pouco provável que a usuária se sinta à vontade para falar

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

de si e de como é sua vida sexual de fato, além do próprio descaso que ocorrem inúmeras vezes como se uma mulher lésbica, por manter relações só com mulheres não necessitasse de exames preventivos.

Esse descaso se manifesta na percepção equivocada quanto a haver menor possibilidade de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) em mulheres lésbicas devido ao fato das mesmas manterem relações sexuais apenas com outras mulheres. Em contrapartida mulheres bissexuais são consideradas vetores de DSTs. Lidamos aqui com dois polos distintos de violências sofridas por mulheres lésbicas e bissexuais – nota-se que já existe um cruzamento de duas categorias, gênero e sexualidade –, onde podemos acompanhar a manifestação do processo Interseccional. Políticas públicas de saúde para mulheres não abrangem esse grupo. Políticas públicas de saúde para LGBTs também não o englobam.

Em 2004, o Estado instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que propôs uma nova concepção a respeito da atenção à saúde para a população feminina, em que: a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

Sugiro agora adicionar e formular o cruzamento das três categorias acima tratadas – gênero, sexualidade e raça. Se para mulheres lésbicas e bissexuais o acesso a políticas públicas de saúde já é complicado, imaginem para mulheres negras lésbicas e bissexuais, que

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

além de lidar com todas as questões acima, ainda lidam com o racismo estruturado socialmente e a própria falta de acesso a serviços de saúde de boas qualidades. Enquanto as primeiras lidam com os preconceitos distribuídos em consultas, as segundas lutam primeiro para conseguir ter acesso a um centro de saúde e a políticas públicas. E esta é a grande problemática da população feminina negra e lésbica/bissexual com relação à saúde. A grande parte da população negra é periférica, e dentro de uma sociedade construída em cima do racismo, a mesma não tem grandes oportunidades. É pobre e não tem acesso a políticas públicas de saúde. Ela nem chega ao hospital, posto, ou seja, lá qual for o centro de saúde. Morre em casa, ou na rua sendo confundida com bandido, alias esse é o estereótipo criado pela classe dominante do que é bandido. É por isso que a Interseccionalidade se apresenta enquanto fator necessário para criação dessas políticas. Se ele não é levado em consideração, continuarão sendo criadas políticas públicas de saúde universais, e essas, de universais tem apenas o nome, pois só servem mesmo a classe dominante. A população branca, heteronormativa e rica. Como diz a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB):

Para que as mulheres negras tenham suas demandas e necessidades atendidas, não são suficientes as políticas chamadas universais, ou seja, voltadas para grupos maiores, como por exemplo, as mulheres em geral ou a população negra. Ao contrário, a experiência brasileira e os dados apontam que as políticas universais para mulheres,

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

por não considerar especificidades e desigualdades entre elas, têm privilegiado as mulheres brancas, especialmente aquelas residentes nos grandes centros urbanos. Dito de outra forma, a presença do racismo e outras desigualdades têm resultado no privilegiamento de um grupo minoritário de mulheres no acesso às conquistas da luta feminista (AMNB, 2010, p. 5).

MULHERES NEGRAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS

Pensar a realidade de travestis e das mulheres transexuais no Brasil é tarefa importante. Para tanto é necessário compreender os obstáculos que essa população enfrenta para ter seus direitos garantidos, principalmente, quando o fator racial é associado a identidade de gênero. Isto é, enquanto mulheres cis lutam pela garantia de direitos na condição de mulheres, mulheres trans e travestis lutam pela possibilidade de serem lidas socialmente como mulheres para em seguida poder pensar em outras possibilidades de existência.

Ao analisar o caso das mulheres transexuais e travestis negras, este cenário é ainda mais caótico. O cruzamento do fator raça e identidade de gênero geram resultados que denuncia a realidade dessa população do não pertencimento. Logo, esses indivíduos lutam pelo reconhecimento de sua humanidade e que suas pautas sejam englobadas

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

e garantidas dentro do movimento LGBTQ+ e do movimento Negro. A ideia de humanidade é construída dentro de uma perspectiva branca, já a negritude no Brasil é construída a partir da cis heterossexualidade. Diante disso, a mulher negra transexual e a travesti negra acabam por ocupar o lugar do silenciamento. “Identifico, então, dois movimentos distintos operando sobre a mesma pessoa, o racismo e a transfobia, que procurava atribuir valores considerados inferiores a cisgeneridade heterossexual branca (OLIVEIRA, 2018).”

Diversos são os indicadores que revelam a situação de vulnerabilidade que mulheres transexuais e travestis negras estão submetidas. A violência a qual essas pessoas estão expostas é visível nas mídias. Para Oliveira (2018) a travestilidade negra é formada na marginalização desses corpos na prostituição, na escassez de recursos, na valorização da malandragem, cercada por violência física e simbólica, sob a constante olhar da polícia. Portanto, em um cenário violento em que a negação de direitos tidos como universais fazem parte da vida cotidiana de transexuais e travestis negras como o acesso à saúde, têm sua humanidade questionada e/ou lesada.

Jesus (2014) afirma que os crimes de violência contra mulheres transexuais, tanto os crimes de ódio, como a tentativa de genocídio dessa população, mostra como os mecanismos sociais se estruturam contra essas pessoas na tentativa de invisibilizar os que sofrem minimizando esses crimes como fatos isolados, sem revelar a intolerância generalizada baseada na ideia de que não é possível conviver com o diferente, pois sua vivência de gênero diverge da “normal” e do que socialmente “aceitável”.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

“Travestis e mulheres transexuais formam um dos grupos mais vulneráveis da sociedade brasileira: “De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), apenas em 2017 foram contabilizados 179 assassinatos de travestis ou transexuais. Isso significa que, a cada 48 horas, uma pessoa trans é assassinada no Brasil”. A maioria das vítimas, cerca de 70%, tem entre 16 e 29 anos, o que contribui para que a expectativa de vida de uma pessoa trans no Brasil seja de apenas 35, a mais baixa do mundo. Com relação ao pertencimento racial 80% dos casos foram identificadas como pessoas pretas e pardas, ratificando o triste dado dos assassinatos da juventude negra no Brasil. Outro dado importante presente nesses assassinatos é que, em geral, se trata de um ato ritualizado: “85% dos casos os assassinatos foram apresentados com requintes de crueldade como uso excessivo de violência, esquartejamentos, afogamentos e outras formas brutais de violência. O que denota o

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

ódio presente nos casos” (OLIVEIRA, 2018).

Segundo Rocon et. al (2018) a vida de mulheres trans – transexuais, travestis e transgêneros - apesar de não ser unanimidade, é por vezes marcada pela necessidade de transformações do corpo. A busca pela hormonioterapia tem como finalidade fazer alterações no corpo que se assemelhem a uma perspectiva de gênero desejada, a fim de adquirir felicidade, beleza, ganhos financeiros para as pessoas trans que trabalham com sexo, saúde, bem-estar-física, psíquico e social.

Essas transformações por vezes oferecem riscos a essas mulheres, que em condições de vulnerabilidade procuram tratamentos que agridem o corpo e podem ser causadores de doenças, como a utilização de silicone industrial e o uso indevido, isto é, sem a prescrição de um médico especialista de hormônios. Nesse sentido, o Estado tem de prover medidas de acesso o serviço público de saúde com atendimentos especializados que entendam a transformação corporal como necessidade em saúde, e as suas influências em questões políticas, estética socioeconômicas e culturais na afirmação de cidadania e de pertencimento dessa população (ROCON ET. AL, 2018).

O serviço público de saúde, por vezes, é um espaço que a discriminação e preconceito se fazem presentes. A falta de preparo dos profissionais da área incita a exclusão de mulheres trans negras e travestis já que esse ambiente não é acolhedor e nem atendem as demandas dessa população, principalmente, quando mulheres trans não procuram a cirurgia de mudança de sexo. No caso das travestis a falta de cuidado, os estereótipos de marginalidade que são atribuídos a esses

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

indivíduos, as situações de chacota a qual são expostas e a própria falta de informação a respeito de sua condição enquanto sujeito político, acabam por afastar essas indivíduos do serviço público saúde.

Como afirma Rocon et. al (2018):

Episódios de transfobia e travestifobia praticados por profissionais da saúde, nos variados estabelecimentos e níveis de atenção, configuram barreiras para o acesso à saúde pela população trans. O desrespeito ao nome social apresenta-se como uma das principais formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Como efeito, dezenas de pessoas trans resistem em buscar tratamentos de saúde por medo de sofrerem discriminação. Ocorre também o abandono de tratamentos em saúde importantes, como os de HIV/AIDS⁴, produzindo um quadro de exclusão do acesso à saúde. Tendo em conta as condições de vulnerabilidade social que geralmente vivem as pessoas trans, essas situações de violência nos serviços de saúde podem produzir quadros de adoecimento irreversíveis e levar à morte.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A implantação da Política Nacional de Saúde LGBT é um marco relevante no reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. Este documento tem por objetivo admitir que em decorrência da discriminação e da exclusão o processo de saúde-doença da população LGBT é afetada. Portanto, suas políticas são voltadas para mudança na determinação sociais da saúde, aspirando à diminuição das disparidades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (BRASIL, 2013).

No entanto, segundo Oliveira (2018) o racismo é uma barreira que da dimensão maiores ao processo de exclusão de travestis e mulheres transexuais. Os diversos obstáculos que se apresentam – socioeconômicos e educacionais, por exemplo – denunciam a falta de comprometimento do movimento LGBT na luta antirracista, como revelam também a manutenção do sexismo e transfobia do Movimento Social de Negras e Negras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foucault em seus estudos sobre poder chegou à conclusão de que o mesmo não existe, o que existe são relações ou práticas de poder. Ele não estaria exatamente em um único ponto, mas permeado na estrutura social, como uma rede de dispositivos e mecanismos a qual ninguém escapa (MACHADO, 1979). Neste caso, as relações de poder ditas por ele norteariam os corpos no meio social. O poder está no Estado, mas também está na periferia, assim como em inúmeros pontos da estrutura social. Podemos pensar isso dentro do processo de

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

interseccionalidade. Ele existe, pois os grupos sociais possuem demandas específicas, e o cruzamento desses grupos geram micro-grupos com demandas ainda mais específicas. Entender que mulheres LGBTQ+ brancas detêm privilégios quando em comparação com mulheres LGBTQ+ negras, é compreender que existem confluências de poder dentro desses espaços de corpos oprimidos.

Uma das maiores problemáticas da esfera negra desse grupo é lidar com os preconceitos dentro do próprio movimento, e com a própria forma universal do mesmo, qual fermenta a criação de políticas públicas que visam atender o grupo como um todo, tratando com desdém as suas especificidades. A melhor alternativa para a definição e construção de boas políticas públicas seria pensar as mesmas pelo o viés interseccional, contudo, como já datado nos escritos acima, isto não ocorre, criando um processo altamente excludente.

Mulheres negras são acometidas por inúmeras patologias com maior intensidade do que as brancas, devido à posição periférica que as mesmas ocupam; sendo afetada por uma sociedade patriarcal e estruturada em anos de escravidão, qual reverbera até os dias atuais na forma de preconceito racial. Elas não conseguem alçar altas posições na hierarquia social, tem baixo índice de escolaridade, não tem acesso a informações. Elas estão fora da margem social e são duplamente atingidas: pelo machismo e pelo racismo. Mulheres Lésbicas e Bissexuais não se sentem a vontade em processos de atendimento. São excluídas de exames preventivos por sua sexualidade, ou vistas como vetores de doenças. Sofrem com discriminação e com a falta de preparo

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

para o atendimento. Por último, mulheres transexuais e travestis, a própria ideia de quebra de limites de quem já está fora margem social. Discriminadas, invisibilizadas, e tratadas com desdém. A grande maioria dos profissionais não estão aptos a as atender, e quando estão, se encontram restritamente fechados em uma bolha de ar composta pela ideia de que todas pessoas transexuais estão em busca do procedimento de redesignação sexual. Enquanto as mulheres Cis lutam por melhorias na saúde e acesso, as trans ainda travam uma batalha para serem lidas socialmente enquanto mulheres.

Algo é certo, mulheres negras LGBTQ+ são acometidas triplamente por problemáticas sociais e de saúde. Por serem mulheres, por serem negras, por serem LGBTQs. Elas buscam possibilidade de acesso à saúde. Buscam reconhecimento. A partir disso, é possível perceber que as políticas públicas de saúde devem se voltar para o combate à discriminação racial, de gênero e de orientação sexual. As mesmas devem ser pautadas no conceito de Interseccionalidade, pensando as especificidades de cada grupo social. As confluências de poder são fluidas, elas transitam em todos os ambientes e necessitam ser compreendidas. O processo interseccional torna isso possível. Para que exista uma melhoria na saúde dessa população, é necessário, antes de tudo, reconhecer a mesma enquanto população. Enquanto grupos sociais que constroem a sociedade e se integram. É necessário parar de universalizar as perspectivas, como se uma característica fosse o suficiente para contemplar todas as necessidades de determinado grupo, em um processo generalizante que estrutura o mesmo como se uma única especificidade norteasse o caminho do indivíduo.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+

Iniquidades em saúde pública

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A., GARCIA, C. L., ALVES M. J. H., QUEIROZ, C. M, ADAMI, F.. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. v. 37, n. 98, p. 516-524. 2013.
- ANDREWS, G. R. Democracia racial brasileira 1900-1990: um contraponto americano. *Estudos avançados*, v. 11, n. 30, p. 95-115, 1997.
- ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS/AMNB. Construindo a equidade: estratégia para implementação de políticas públicas para a superação das desigualdades de gênero e raça para as mulheres negras. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.amnb.org.br>.
- BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 291-300, 2009.
- BOURDIEU, Pierre. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2004b. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Brasília, DF, 2013.
- CRUZ, Isabel C. F.. A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. v. 38, n. 4, p. 448-457. 2004.
- CRUZ ICF; PINTO A. Condições para a saúde e o bem-estar? Inquérito sobre as mulheres negras do Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):340-1.
- DINIZ, D., GUEDES, C. Informação genética na mídia impressa: a anemia falciforme em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 4, p. 1055-1062. 2016.
- FARO, A; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. 2011.
- FONSECA D. H., RIBEIRO C. G., LEAL, N. S. B, Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol Sociedade*. v. 24, n. 2, p. 307-314. 2012.
- JESUS, J. G. Transfobia e crimes de ódio: Assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. *História Agora*, São Paulo, v. 16, p. 101-123, 2014.
- MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder – In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro. Graal, 1979.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

MELLO, L. & GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. Revista do programa de pós-graduação em ciências da UFRN, v. 11, n. 2, 2010, pp. 163-173.

OLIVEIRA, M. R. G. "Por que você não me abraça?", SUR 28 (2018), acesso 13 Maio. 2019, <https://sur.conectas.org/por-que-voce-nao-me-abraca/>

PINHO, M. D. et al. Juventudes, raça e vulnerabilidades. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 19, n. 2, p. 277-294, 2002.

ROCON, P. C. et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2017.

SACRAMENTO, A. N.; DO NASCIMENTO, Enilda Rosendo. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, 2011.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., FRANÇA-JUNIOR, I., DINIZ, S., PORTELLA, A. P., LUDEMIR A. B., et al. Prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública. v. 41, n. 5, p. 797-807. 2007.

VIEGAS, Deuzilene Pedra; VARGA, István van Deursen. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. Saude Soc. v. 25, n. , pp. 619-630, 2016.

SAÚDE DA MULHER LÉSBICA: PARADIGMAS E ESTIGMATIZAÇÃO

Julianny Galdino Amorim¹

Marinna de Andrade Saraiva¹

Lina Maria Vidal Romão²

Pedro Walisson Gomes Feitosa³

Maria Elizabeth Pereira Nobre⁴

Modesto Leite Rolim Neto⁴

¹ Médica pela Universidade Federal do Cariri

² Mestranda em saúde pública

³ Acadêmix de Medicina da Universidade Federal do Cariri

⁴ Professor(a) na Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

O vocábulo lésbica é utilizado para designar mulheres que se identificam como mulheres e se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres, é originado do latim *lesbius*, que se referia aos habitantes da ilha de Lesbos, na Grécia. Tal ilha tem um importante valor cultural, graças à poetisa Safo que lá viveu e escreveu diversos poemas sobre amor e beleza, que eram, em sua maioria, dirigidos às mulheres. Assim sendo, os termos lesbianismo e safismo fazem referência ao relacionamento sexual entre duas mulheres (BRASIL, 2013B).

A homossexualidade feminina é uma temática recente nas discussões de saúde e de políticas na sociedade brasileira. As ações voltadas à saúde das lésbicas ainda são bastante incipientes e, ainda, realizadas de forma dispersa por organizações da própria sociedade civil (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

UMA BREVE TRAJETÓRIA:

Durante o século XX, a categoria “homossexual” tornou-se popular e chegou ao senso comum, trazendo discussões, conflitos, categorizações, apropriações e livres traduções (FACCHINI e FRANÇA, 2009).

De acordo com Facchini e França (2009, p. 58-59)

“No caso brasileiro, a literatura (Fry, 1982; Guimarães, 2004; MacRae, 1990) situa o surgimento do movimento homossexual em meio a um processo de disputa, ainda

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

recente, entre dois modelos de classificação da sexualidade: o tradicional – em que os parceiros numa relação entre pessoas do mesmo sexo são hierarquizados respectivamente relacionados a papéis sociais e sexuais relativos aos dois sexos biológicos (*bicha-bofe, fancha-lady*)* – e o moderno – em que os parceiros são vistos a partir de uma lógica igualitária e a orientação do desejo se torna mais importante para nomeá-los do que papéis sociais relativos a *masculino* e a *feminino* ou à *atividade* e à *passividade* sexual (*homossexual-homossexual, entendido(a)-entendido(a)* ou *gay-gay*).”

Na década de 1990, o movimento multiplica-se e primeiramente passa a ser descrito como MGL (“movimento de gays e lésbicas”), posteriormente, o movimento contempla “gays, lésbicas e travestis” (movimento GLT), a partir de 1999, começa a figurar como movimento GLBT (de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros). Desse momento em diante, há variações na sigla a fim de visibilizar segmentos. Dentre mudanças e discussões, fora consolidada oficialmente o B como sigla para bissexuais e o T referindo-se a travestis, transexuais e transgêneros. A atual sigla do movimento LGBT, assim ficou definida após a

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Conferência Nacional GLBT, a fim de visibilizar o movimento lésbico (FACCHINI e FRANÇA, 2009).

Quanto à saúde da população LGBT no nosso país, inicialmente, o Ministério da Saúde fundou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), nesse momento, em função do apelo gerado pelo movimento feminista. Esse movimento lutava por uma assistência mais ampla à mulher, que não visasse apenas o grupo materno-infantil, mas sim um contexto amplo que considerasse os princípios da integralidade de corpo, mente e sexualidade da mulher (BRASIL, 2013B).

Somente em 2004, fora elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que por fazer intersecção com outras áreas técnicas do Ministério da Saúde, passa a reconhecer como papel importante do Estado, prestar atenção à saúde de mulheres do campo, negras, deficientes, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2013B).

SAÚDE DA MULHER LÉSBICA

Segundo a Constituição Federal (art. 196, seção II) “ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”(BRASIL,1988). E (título I, art 3, IV): constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça,

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

A lésbica não deve ter restrição de acesso à saúde, devendo essa ser bem instruída e ter acesso a modelos de prevenção e tratamento previsto às mulheres. Para tanto, é necessário que os serviços de saúde estejam preparados com profissionais capacitados para atender essa demanda sem julgamento de valores ou pré-conceitos.

Abordaremos sobre as principais temáticas que envolvem a saúde da mulher lésbica, elucidando-as e trazendo propostas para transpor tais problemáticas.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Caracteriza-se câncer de colo uterino por uma replicação desorganizada do epitélio de revestimento deste órgão, de tal forma a doença pode comprometer o estroma, além de invadir órgãos contíguos ou distantes. Quando trata-se de carcinoma invasor, classifica-se esse câncer em duas categorias principais, levando em consideração a origem do epitélio acometido: o carcinoma epidermóide, que acomete o epitélio escamoso (responsável por aproximadamente 80% dos casos), e o adenocarcinoma, que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013A).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esse é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável por 274 mil óbitos por ano (BRASIL, 2013A).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Sabe-se que essa doença tem associação com a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), que é transmitido por via sexual. E como a neoplasia cervical foi detectada em lésbicas, tanto que relatavam ter relações sexuais com homens, quanto naquelas que mantinham relacionamentos sexuais apenas com mulheres, sugere-se a possibilidade de transmissão sexual entre mulheres. Embora haja outros fatores de risco para a doença, como início precoce da vida sexual, multiplicidade de parcerias masculinas e tabagismo, existe a possibilidade de transmissão pelo sexo lésbico (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

O quadro clínico caracteriza-se por lesões únicas ou múltiplas, de tamanho variável, planas ou exofíticas (BRASIL, 2013A).

No nosso país, existem duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. Vale ressaltar que a proteção primária com vacinas não elimina a necessidade de prevenção secundária com o rastreamento através do exame citopatológico, já que existem outros tipos virais não oncogênicos que não são contemplados pela vacina (BRASIL, 2013A).

A prevenção secundária do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras é o exame citopatológico, também conhecido como Papanicolau. Segundo o Ministério da Saúde, deve-se fazer a primeira coleta aos 25 anos de idade, para as mulheres sexualmente ativas; após dois exames anuais negativos, o acompanhamento passa a ser trienal; e devem seguir até os 64 anos, após essa idade, os exames poderão ser interrompidos se tiverem pelo menos dois exames negativos nos últimos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

cinco anos. Já nos casos de mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram o exame, é necessário realizar dois exames com intervalo entre um e três anos; se os dois vierem negativos para câncer cervical, o acompanhamento deverá ser interrompido (BRASIL, 2013A).

A prevenção de câncer de colo uterino é de suma importância, porém, há relato na literatura nacional que a proporção de mulheres que nunca realizou exame citopatológico variou de 18% a 32%, sendo maior dentre aquelas que tem menor escolaridade e com menor nível socioeconômico (FACCHINI e BARBOSA, 2006). Tal problema ainda é agravado na comunidade LGBT, já que segundo uma pesquisa realizada em 2002, levando em consideração os dados dos últimos três anos, pela Coordenação DST/Aids do Ministério da Saúde, somente 66,7% das mulheres lésbicas e bissexuais realiza o exame, um número bem inferior comparado à cobertura das mulheres heterossexuais que é de 89,7%, nos últimos três anos (BRASIL, 2013C).

A razão pela qual as mulheres lésbicas não realizam o exame preventivo se dá em parte pela concepção errônea de redução do risco de câncer cervical por praticarem relações sexuais com outras mulheres MARQUES et al. (2013). Dessa forma, a falta de conhecimento das lésbicas, quanto ao exame citopatológico, sua importância e sua periodicidade é um grande impedimento na progressão da prevenção ativa contra a doença (BENTO, 2012).

Assim sendo, cabe ao profissional de saúde contemplar esse público e instruí-las. Além disso, deve-se considerar o quão é delicada a consulta ginecológica, fazendo-se necessário criar uma atmosfera de

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

confiança entre o profissional e a paciente, para que assim, ele não tire conclusões preconceituosas, assim como também não negligencie outros fatores de riscos ou exposições sexuais frente à exposição inicial da orientação sexual.

CÂNCER DE MAMA

Caracteriza-se câncer de mama como uma doença resultante de um crescimento incontrolável de células erráticas, que podem surgir devido a alterações genéticas hereditárias ou adquiridas (BRASIL, 2013A). Os principais tipos de neoplasia de mama são o carcinoma ductal, que é o mais comum; e o carcinoma lobular, que só é diagnosticado em cerca de 5 a 10% dos casos (BRASIL, 2018).

No Brasil, o INCA estimou que, em 2018, quase 60 mil mulheres desenvolveria esse câncer (BRASIL, 2018). Embora a literatura não seja rica quanto aos dados de câncer mamário em lésbicas, sabe-se que esta é uma população de risco para essa patologia, visto que, muitas apresentam fatores de risco como serem nulíparas ou ter a primeira gestação tardiamente, assim como nunca terem amamentado (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011).

Foi observado em estudos demográficos em diversos países que o risco teórico de câncer de mama em mulheres lésbicas é maior que em mulheres no geral, sendo uma relação de 1:3 em lésbicas comparado com 1:8 no geral (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011).

Os principais fatores de risco elencados pelo INCA são: menarca precoce (antes de 12 anos), menopausa tardia (após 55 anos),

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

nulíparas, primeira gestação tardia (após 30 anos), não ter amamentado, uso de contraceptivos orais (principalmente combinados), uso de terapia de reposição hormonal, exposição a radiações ionizantes, obesidade, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2018). Além disso, constata-se que lésbicas realizam menos rastreamentos, têm menos acesso à consultas e exames de maneira geral (BRASIL, 2014). Cabe ressaltar, que a manipulação da mama, com atrito, aperto, por exemplo, não tem relação com a doença (BRASIL, 2014).

O quadro clínico da doença configura-se de um nódulo mamário de consistência endurecida, fixo e, na maioria das vezes, indolor. Outros aspectos podem estar associados, como modificação da textura da mama (endurecimento); mudanças no aspecto da pele (retração ou aparência de “casca de laranja”); excreção de líquido do mamilo, de forma espontânea; modificação do formato do mamilo ou de sua posição; linfonodos palpáveis em região axilar ou de pescoço (BRASIL, 2018).

A prevenção do câncer de mama está relacionada com o controle dos fatores de riscos e mudanças de hábitos. Mesmo que nem todos os fatores sejam susceptíveis a mudança, como é o caso dos fatores relacionados ao ciclo menstrual ou dos fatores hereditários, a realização de medidas para prevenção primária demonstram diminuição do risco relativo para câncer de mama, por exemplo, foi estimado, através de estudos que há a possibilidade de reduzir em 28% os casos de câncer de mama por meio de prevenções primárias, como mudança de hábitos alimentares, realização de atividades físicas (BRASIL, 2013A).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

No que diz respeito ao rastreamento, com mamografia, tanto a Organização Mundial da Saúde, quanto o Ministério da Saúde recomendam apenas para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos (BRASIL, 2018).

É indispensável a organização da rede que irá receber essa mulher, visto que independente da sua orientação sexual, elas devem ser orientadas para a necessidade de realizar auto-exame e exames periódicos para rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2011).

DST E HIV/AIDS

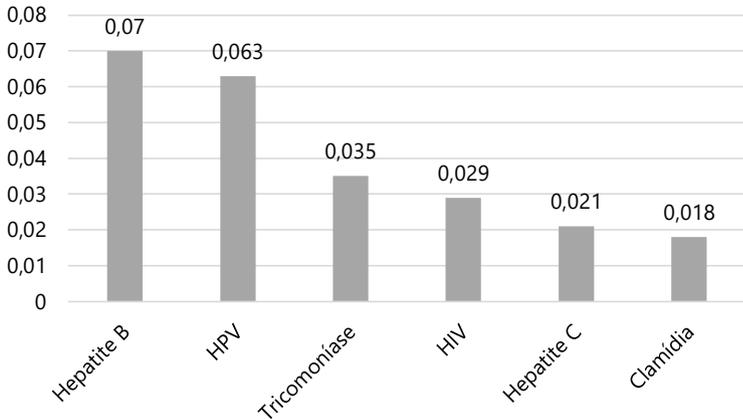
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), no Brasil e no mundo, são consideradas problemas de saúde pública e um fator facilitador pra a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2006).

Quanto à prevalência de DST, parece ser similar entre mulheres lésbicas e heterossexuais. Entretanto, nota-se que nas lésbicas são mais comuns a vaginose bacteriana (que não é considerada uma DST) e a candidíase, em detrimento de clamídia, gonorreia e doença inflamatória pélvica, que são menos frequentes (BRASIL, 2011).

A partir de exames clínicos e laboratoriais foram encontradas as proporções de DST (gráfico 1) em lésbicas. Ressalta-se que as mulheres diagnosticadas com alguma DST, assim como com citologia oncótica alterada (7,1%), referiram relações sexuais com homens em algum momento da vida. Sabe-se ainda que 33,8% das mulheres tiveram diagnóstico de vaginose bacteriana (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Gráfico 1: DST em mulheres lésbicas



Fonte: FACCHINI e BARBOSA (2006)

Há, entretanto, uma crença na sociedade que mulheres homossexuais formam um grupo de muito baixo risco de adquirir HIV. Tal crença é alimentada pela escassez de estudos ou por subnotificações, assim, a transmissão do vírus da AIDS entre mulheres é subestimado, chegando a ser desconhecido. Assim como, a percepção de risco para transmissão de HIV, nesse grupo, é ainda mais raro (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

A modificação do padrão de transmissão do HIV, no Brasil, começou a ocorrer em meados da década de 80, quando mulheres começaram a aparecer nas estatísticas, no entanto, apenas 5% dos casos notificados era desse sexo. Houve uma mudança de cenário nos últimos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

anos, sendo a participação feminina em 30% dos casos, na faixa etária de 20 a 39 anos como a mais afetada (BRASIL, 2004).

A escassez de literatura e a crença de risco diminuído de transmissão de HIV nas práticas sexuais lésbicas, muitas vezes, faz o profissional de saúde subestimar tal risco e não abordar essas pacientes quanto à prevenção destas doenças. É importante, ter em mente, que mesmo a mulher lésbica pode ter práticas sexuais de risco; assim como é importante ressaltar sobre o compartilhamento de dildos e vibradores e quanto às práticas de sexo oral, que são fatores de risco para transmissão de DST e HIV (BRASIL, 2011).

A transmissão de DST pode ocorrer em lésbicas através de contato de fluidos, tais como lubrificante vaginal, que potencialmente seria capaz de transportar agentes infecciosos de um meio a outro. Como também através de pequenos e ocultos acessos à circulação sanguínea, como fissuras em pele/mucosa, ulcerações, cáries. Acessos podem ser gerados durante o ato sexual e por isso fala-se do não compartilhamento de acessórios, assim como se recomenda uso de preservativos masculinos diferentes nos acessórios que irão ter acesso a regiões distintas, como vagina e ânus (ALMEIDA, 2009).

O rastreamento para DST é indicado em mulheres sintomáticas ou periodicamente em pacientes que apresentam fatores de risco, como relacionamentos com mais de um/a, parceira/o, uso de drogas ilícitas, prostituição, compartilhamento de acessórios (BRASIL, 2011).

Propõem-se mudanças comportamentais que apontam como fatores de prevenção: acompanhamento regular com o ginecologista e

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

realização de exames preventivos, medidas para evitar abrasões em áreas possivelmente expostas no ato sexual (ALMEIDA, 2009).

SAÚDE REPRODUTIVA

Uma parcela das mulheres lésbica deseja ter filhos e acabam se deparando com muitas dificuldades, sejam legais, financeiras ou outras, para realizar esse desejo. As formas mais comumente utilizadas, na atualidade, são a adoção e a utilização de Terapias Reprodutivas (TR), que são técnicas utilizadas para viabilizar a gestação sem a necessidade de uma relação sexual com um homem. Entre essas TR há a inseminação artificial, que é a introdução de forma artificial dos espermatozoides no aparelho genital feminino, e a fecundação in vitro que é a extração do óvulo da mulher e sua fecundação externa, repondo cirurgicamente o óvulo fecundado no útero (BRASIL, 2013B). Esses métodos tendem a ser valorizados por permitirem a vivência dos processos ligados à reprodução: gestação, parto e amamentação (MACHIN e COUTO, 2014).

Um tipo de TR que vem sendo bastante utilizado é a Recepção de Óvulo da Parceira (ROPA) em que uma das mulheres fornece o óvulo que será fecundado pelo espermatozoide, enquanto a outra parceira irá gestar. Uma vantagem dessa técnica é que permite a um só tempo o vínculo legal e biológico/genético entre as envolvidas no projeto de filiação (MACHIN e COUTO, 2014).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Nesse contexto, há ainda a possibilidade de adoção para as mulheres que desejam ser mães e apresentam dificuldades para ter acesso aos meios supracitados.

O ideal é que os serviços de saúde tenham equipes de profissionais capacitados para o atendimento à população de LGBTQ em geral, garantindo o acesso com qualidade, sem discriminação ou preconceito; e possam dispor de conhecimento para nortear as escolhas de qual TR é viável para aquele/a casal/mãe (BRASIL, 2013B).

Ressalta-se que o pré-natal da gestante lésbica é similar ao da gestante heterossexual e deve seguir as indicações das diretrizes existentes para a assistência obstétrica. E a presença da parceira deve ser encorajada durante todo o período gravídico puerperal (BRASIL, 2011).

VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL

Mulheres lésbicas são tão passíveis à violência conjugal, quanto as mulheres heterossexuais. As agressões podem ser físicas ou psíquicas. As agressões geralmente estão relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, sendo que mais de um terço das lésbicas já sofreu algum tipo de agressão por parte das parceiras, sendo a faixa etária mais atingida entre 22 e 52 anos (BRASIL, 2011).

A violência intrafamiliar também é significativa, ocorre pela expulsão das lésbicas do seu lar ou são vítimas de violência sexual por parte de familiares (BRASIL, 2004).

Quanto à saúde mental, níveis elevados de sofrimento psíquico são demonstrados em diversos estudos, se comparados a mulheres

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

heterossexuais. Há uma correlação com o preconceito disseminado na sociedade, que é responsável por agravos à saúde, dentre eles a ocultação de realização de práticas e desejos. Além disso, esse preconceito afasta essas mulheres de suportes sociais essenciais, assim como muitas vezes inviabiliza a existência de lugar seguro para essas mulheres principalmente em momentos difíceis, como separação, falecimento de companheira ou situações de abuso e violência, o que acarreta um perca da qualidade de saúde mental (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

Os profissionais da saúde devem estar atentos à possibilidade de violência em pacientes lésbicas, principalmente porque esse grupo terá dificuldade de declarar a agressão e denunciar a parceira (BRASIL, 2011). Assim como deve se sensibilizar para bem atender as demandas psicológicas dessas pacientes.

ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas tem demonstrado altos valores na população homossexual e bissexual, se comparada à população heterossexual; multifatores podem estar envolvidos nessa diferenciação, dentre os já citados como violência, lesbofobia, etc (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

A literatura mostra um aumento do consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, na população lésbica, o que acarreta o aumento de riscos à

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

saúde, como prevalência aumentada de DST, incluindo vaginose bacteriana (BRASIL, 2014).

Propõe-se que uma avaliação clínica mais criteriosa deve ser utilizada para abordar pacientes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). É necessário, mais estudos para que se possa traçar um perfil de consumo e tratamento para essa população.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE

É direito da mulher lésbica, como cidadã, ter acesso a serviço de saúde de qualidade. Nesse local, ela deve ter acesso ao serviço de saúde onde possa ser atendida, examinada, informada e acolhida, a fim de que ela possa expor sua orientação sexual, caso queira, sem julgamentos (BRASIL, 2013B).

Muitas vezes, o ambiente de atendimento à saúde não se mostra salutar, visto que cerca de metade das pacientes não revela sua orientação sexual e dentre as que revelam, mais da metade relatou reações negativas ou discriminatórias, por parte dos profissionais da saúde. Esse é um dos motivos pelos quais elas buscam menos os serviços de saúde; há ainda, o despreparo do profissional para tratar dessa população, a negação do risco de adquirir certas doenças e a própria dificuldade de assumir sua orientação sexual (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

É preciso romper essas barreiras, a fim de que o profissional da saúde consiga criar um vínculo com essa população e informá-la; quanto à necessidade de realizar exames preventivos de câncer, quanto à

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, quanto à presença de um local de escuta e de segurança, para aquelas que sofrem preconceito ou abuso/violência (BRASIL, 2013B).

Esse profissional deve atentar-se para o fato de que essas pacientes podem ter relações com pessoas do mesmo sexo e pessoas de sexo diferente, assim como suas parceiras, e o risco é modificado. Logo, essas pacientes devem ser sempre orientadas a praticar sexo de forma segura (BRASIL, 2013B).

Na consulta ginecológica que se trata de um momento de extrema delicadeza, visto que a intimidade física e comportamental é exposta, a paciente muitas vezes se vê em um dilema quanto a relação de custo-benefício sobre contar ao profissional sua orientação e práticas sexuais; aqui, cabe ao profissional ter naturalidade e sensibilidade para criar uma boa relação com a paciente, assim como também esse ter conhecimento prévio a respeito da homossexualidade feminina e suas nuances (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

REFERÊNCIAS

A. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, 2013.

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 301-331, 2009.

B. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social. Brasília, 2013

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

BENTO, A. P. A saúde das mulheres lésbicas: uma pesquisa bibliográfica. 2012. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BRASIL, Secretaria de Saúde Municipal. Governo de Porto Alegre (Org.). Diretrizes Para A Assistência À Saúde De Lésbicas, Mulheres Bissexuais E Que Fazem Sexo Com Outras Mulheres. Porto Alegre, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz. A Mulher e o Câncer de Mama no Brasil. 3. ed. Rev. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST: Cadernos de Atenção Básica - n.º 18 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Brasília, 2014.

C. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais. 1. ed. Brasília, 2013.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminina de Saúde, 2006.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I.L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento lgbt brasileiro. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, n. 3, p. 54-81, 2009.

MACHIN, R.; COUTO, M. T. “Fazendo a escolha certa”: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1255-1274, out/dez, 2014.

MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J. M.; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v. 18, n. 7 p. 2037-2047, jul. 2013.

SAÚDE DA MULHER TRANSEXUAL NO BRASIL

Maria Danielle Feitosa de Sousa¹

Mariana Oliveira Aragão¹

Myrna Marcionila Xenofonte Rodrigues¹

Rayane da Silva Moura¹

Pedro Walisson Gomes Feitosa¹

Modesto Leite Rolim Neto²

¹ Acadêmix de Medicina da Universidade Federal do Cariri

² Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Mulheres transexuais são mulheres que não se identificam com seus genitais biológicos masculinos, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos, realizam hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual para se sentirem plenas quanto ao aspecto biopsicossial. Essas mulheres se identificam com o gênero feminino e quanto à orientação sexual podem ser heterossexuais, homossexuais e bissexuais (BRASIL, 2016).

Os dados epidemiológicos sobre a saúde da mulher trans no Brasil são escassos, sabe-se que AIDS é uma doença que atinge muito a população trans. A prevalência de HIV/AIDS tem se mantido estável para a população em geral em 0,4%. Quanto à população de homens que fazem sexo com outros homens taxas são da ordem de 10,5%, enquanto que na população de travestis e transexuais, a prevalência chega a 31,2%. No que tange ao tratamento, mulheres trans soropositivas para HIV preferem priorizar cuidados referentes à transição à Terapia Antirretroviral (TARV). O medo das interações medicamentosas entre hormônios e HIV, além receio do estigma pelos profissionais de saúde tem feito esse grupo alcançar maior mortalidade relacionada ao HIV. Outro fator é que as mulheres transexuais têm menor aceitação e adesão à Profilaxia Pré Exposição (UNAIDS BRASIL, 2018).

O risco de infecção pelo HIV é 27 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens; 23 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis; 13 vezes maior entre profissionais do sexo e 13 vezes maior entre mulheres trans. Muitas delas, ao sofrerem discriminação de sua família, acabam indo para a prostituição, o que torna as travestis e as mulheres trans um grupo vulnerável (UNAIDS, 2017).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Um estudo na cidade de São Paulo revelou a vulnerabilidade de travestis e mulheres transgêneras em frente à tuberculose e HIV/AIDS. As condições sociais desses indivíduos, as quais permeiam a miséria, a violência, a prostituição e o uso de drogas está relacionada à AIDS e outras DSTs. A exclusão familiar e o preconceito fazem com que saiam de casa cedo e com baixa escolaridade, acabam sendo excluídas do mercado de trabalho e encontram na prostituição a única forma de sobrevivência (FERREIRA JR; FRANCISCO; NOGUEIRA, 2016).

A questão ainda é mais delicada quando a mulher transexual tem algum tipo de deficiência. Na Europa esse grupo foi identificado como tendo maior risco de discriminação e de pobreza. Elas são muitas vezes negligenciadas e necessitam de medidas concretas para garantir seus direitos, entre eles, a saúde de qualidade. Nesse, sentido, em 2018, o Parlamento Europeu aprovou uma resolução sobre a situação de mulher trans com deficiência, mas muito ainda precisa ser feito (BALZER, C.; LAGATA, C.; BERREDO, L., 2016).

Os indivíduos transexuais têm uma grande dificuldade a ter acesso aos serviços sociais e aos cuidados médicos. Muito relatam que evitam médicos com receio do preconceito que poderiam receber desses profissionais e enfrentam dificuldade em encontrar profissionais especialistas na saúde dos transexuais. Essa exclusão contribui para a piora do bem estar físico e mental. Nos EUA um em quatro pessoas transexuais relatam ter evitado cuidados médicos no ano de 2017, por medo de ser desrespeitado ou maltratado e 52% das pessoas transexuais que permaneceram em um abrigo foram verbalmente perseguidas,

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

fisicamente atacadas, e/ou sexualmente agredidas por causa de ser transexual (HUMAN RIGHTS CAMPAIGN, 2018).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) instituída pela portaria Nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 pelo Ministério da Saúde tem o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. A Política garante o direito à saúde dessa população no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral e humanizada. No que concerne à saúde da mulher trans, a política visa promover iniciativas voltadas à redução de riscos, oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e reduzir danos à saúde no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, competindo ao Ministério da Saúde elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios e implantes de próteses de silicone para travestis e transexuais (BRASIL, 2013).

Na prática o combate à desigualdade e ao preconceito, além de um serviço de saúde de qualidade ao público LGBT ainda não são observados em todas as unidades de saúde, o que compromete o acesso das pessoas trans. Em alguns casos há ainda o descuido com a privacidade e com o sigilo dos atendimentos prestados, em que pessoas que não fazem parte da equipe de saúde passam a ter informações sobre diagnósticos. Nesse sentido, muitas mulheres trans não se sentem confortáveis em buscar um serviço de saúde e acabam optando pela

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

automedicação. Percebe-se que o acolhimento e o tratamento humanizado poderiam fortalecer o vínculo entre usuário do SUS e o serviço de saúde (SOARES, 2018).

No Brasil, a regulamentação do processo transexualizador está descrito na Resolução nº 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina. Nela consta a autorização para realização de cirurgia de transgenitalização e a definição de transexualismo baseado em critérios como o desconforto com o sexo anatômico natural; o desejo de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; e ausência de transtornos mentais. As cirurgias de transgenitalismo serão realizadas após a avaliação de uma equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios anteriormente definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto (BRASIL, 2010). Apesar desse avanço, percebe-se o desafio na formação de uma equipe interdisciplinar especializada e de medidas humanizadas para que o atendimento seja de qualidade e livre de preconceito. Há também dificuldade de agendamento das cirurgias, que leva os usuários a esperar muito mais tempo (ARÁN; MURTA, 2009).

É imprescindível que seja respeitado o nome social e que haja o reconhecimento do direito à orientação sexual e a identidade de gênero. Deve haver a empatia entre profissional de saúde e o paciente para que se construa uma relação de confiança. A população trans necessita de um

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

atendimento multiprofissional para que ela seja atendida na sua integralidade devido à complexidade de suas demandas. Quando se fala da saúde das travestis e das transexuais é comum que se pense sobre questões relacionadas às práticas sexuais como as DSTs, no entanto é preciso compreender que suas demandas vão além, esse é só um aspecto. Elas também são atingidas por viroses, hipertensão e diabetes, por exemplo (BRASIL, 2016).

Nota-se que a nova normatização referente à Portaria nº 2.803 de 2013 possibilitou a realização de todos os procedimentos médicos pelo Sistema Único de Saúde garantindo aos transexuais e travestis à atenção integral à saúde nos estabelecimentos de saúde habilitados. Essa portaria também tornou os protocolos e procedimentos mais claros e estruturados, conforme o quadro abaixo.

Tabela 1: Quadro adaptado de KOMPATSCHER, 2015.

Procedimento	Descrição	Complexidade / Modalidade	Valor	Id. Min.-Max.
Acompanhamento do usuário no Processo Transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório.	Consiste no acompanhamento mensal do usuário, com direito a dois atendimentos mensais, durante o período pré-operatório que terá duração de no mínimo dois anos. Após a realização da cirurgia o usuário terá direito, pelo período de um ano, a dois atendimentos mensais.	Média/Ambulatorial	39,38	18 - 75

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Tratamento hormonal.	Procedimento que visa à utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente após o diagnóstico, com a administração dos hormônios estrógeno ou testosterona.	Média/ Ambulato- rial	50,00	18 - 75
Redesignação sexual no sexo masculino.	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocoloplastia.	Alta/Hos- pitalar	1288, 28	21 - 75
Tireoplastia	Cirurgia de redução do Pomo de Adão para feminilização da voz.	Alta/Hos- pitalar	418,4 8	21 - 75
Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de Redesignação sexual.	Terapia hormonal medicamentosa com o hormônio Ciproterona, durante os 2 (dois) anos que antecedem a cirurgia, fornecida mensalmente.	Média/ Ambulato- rial	65,52	18 - 75
Mastectomia simples bilateral	Procedimento cirúrgico para retirada das mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.	Alta/Hos- pitalar	809,8 9	21 - 75
Histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias.	Procedimento cirúrgico para retirada do útero e dos ovários e colpectomia.	Alta/Hos- pitalar	1195, 80	21 - 75
Cirurgias complementares de redesignação sexual.	Procedimento cirúrgico estético para correções complementares após a cirurgia de Redesignação sexual.	Alta/Hos- pitalar	398,0 5	21 - 75
Acompanhamento exclusivamente clínico	Acompanhamento mensal por equipe multiprofissional.	Média/ Ambulato- rial	39,38	18 - 110

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Cirurgias plásticas reconstrutivas de mamas, incluindo prótese mamária de silicone.	Cirurgia plástica para reconstrução das mamas com implante de silicone. Cirurgia complementar ao processo de Redesignação sexual no sexo masculino.	Média/ Hospitalar	1803, 92	21 - 75
---	--	----------------------	-------------	------------

SAÚDE MENTAL DA MULHER TRANSEXUAL NO BRASIL

O processo de definição da identidade de gênero da mulher transexual desde cedo acarreta uma série de conflitos emocionais gerados internamente em que a mulher, cuja identidade de gênero difere do seu sexo biológico, não aceita o corpo ao qual pertence, e externamente causados pela própria família que, muitas vezes, impõe padrões de uma sociedade transfóbica, submetendo-a, muitas vezes, a um tratamento psicoterápico para a transsexualidade, e pela sociedade enraizada de preconceitos. Durante a infância, as mulheres transexuais passam por diversos tratamentos que as reprimem e não as permitem viver essa fase da sua vida de forma plena, tendo reflexos psicológicos significativos na fase adulta que as levam a tomada de decisões desesperadas, em busca da sua liberdade, como a utilização de hormonioterapias inadequadas (SANTOS, 2016).

Ressalta-se a constante luta dessas pessoas por uma maior garantia de direitos que vêm perpetuando-se ao longo da história, enfrentando obstáculos, desde a infância, de acesso à saúde pública além de movimentos discriminatórios como a “cura gay” e a “terapia de reversão sexual” que vigorou até o início da década de 90. Esses empecilhos continuam, diante da exclusão do núcleo familiar e da

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

sociedade, acarretando constante sofrimento psíquico, que aparece, muitas vezes, sob a forma de tentativas de suicídio, depressão e das mais diversas desordens psicológicas, estimuladas não somente pelo conflito emocional de não-aceitação do seu sexo biológico, como também pelas inúmeras consequências discriminatórias que acompanham esta situação (ARÁN, 2009).

O estigma social que as mulheres transsexuais enfrentam estão geralmente relacionados com a exclusão social, com a baixa escolaridade e com as dificuldades de emprego, levando-as à prostituição, à adoção de comportamentos de risco para doenças e agravos, como o uso de substâncias injetáveis sem auxílio médico, e à prática sexual desprotegida, acompanhados de desordens psicológicas como ansiedade e depressão. (MAGNO, 2018). Outra atitude adotada por essas pessoas, principalmente durante a juventude, é o uso de drogas como forma de refúgio, com o objetivo de aliviar a depressão e a frustração geradas pelas perseguições sociais (SANTOS, 2016).

Para melhor explicitar outros fatores que influenciam a saúde mental da mulher transexual brasileira faz-se necessário um breve delineamento do processo de construção de atendimento da saúde pública específica voltada para elas, inferindo-se que a formulação de uma autoimagem lhe promove melhor bem-estar físico e mental:

A transsexualidade era considerada, até a década de 90, como um distúrbio psicológico pelo Conselho Federal de Medicina Brasileiro quando foi lançada a resolução 1482, que aprovou a realização de cirurgia de transgenitalização em transexuais no Brasil, mediante o

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

acompanhamento multiprofissional, entre eles, psicológico e psiquiátrico durante todo o processo. Destaca-se que só teria essa assistência aqueles que fossem diagnosticados com transtorno de identidade de gênero, existindo assim uma patologização da transsexualidade (ÁRAN, 2009).

Após a I Jornada Nacional sobre Transsexualidade e Saúde Pública no Brasil pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, em 2005, e a reunião denominada de Processo Transsexualizador do Sistema Único de Saúde pelo Ministério da Saúde, em 2006, dois importantes marcos para a promoção da saúde dos transexuais em que foram discutidos, entre outros assuntos, o direito a uma saúde pública integral, surgiu, em 2008, por meio da instituição da portaria 1707, o Processo Transsexualizador do SUS, estabelecendo uma atenção integral à saúde das mulheres transexuais (AMARAL, 2007). Para acrescentar nesse avanço foi firmada a portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 que garante o nome social das pessoas transsexuais, tanto no cartão SUS como nos prontuários de atendimento de saúde, firmando, assim, conquistas de direitos que influenciam em uma melhor qualidade de vida para as mulheres transgêneras (SANTOS, 2016).

Somente com a reformulação e regulamentação do Processo Transsexualizador por meio da portaria nº 2.803 do Ministério da Saúde, em 2013, que acrescenta um tratamento psicológico e endocrinológico, foi que as mulheres transsexuais receberam maior atenção à saúde mental nos serviços públicos de saúde, porém a longa espera para uma mudança física tão almejada acaba desenvolvendo, muitas vezes, distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão (SANTOS, 2016). Além disso, quando o procedimento cirúrgico que proporcionará o bem-

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

estar físico e mental da mulher transsexual acontece , faz-se fundamental tanto o acompanhamento psicológico, antes da cirurgia das pessoas que foram indicadas ou recusadas à realização do procedimento, quanto do acompanhamento pós-cirúrgico, pois ambas as situações possuem uma enorme carga emocional para quem as vivencia, desestabilizando sua saúde mental (SAMPAIO, 2012).

Apesar desses avanços, as pessoas que poderiam usufruir desses serviços seriam aquelas diagnosticadas com Transtorno de Identidade de Gênero, sendo assim a transsexualidade vista como um distúrbio mental. Essa visão de patologização de construção social e médica gera uma série de conflitos internos que acarreta diversos problemas psicológicos como a depressão, que, muitas vezes, acaba vindo acompanhada da prática de automutilação (AMARAL, 2007). Destaca-se, assim, a dificuldade de acesso aos processo transexualizador pelo próprio estigma que carrega para conseguir usufruí-lo e pela longa espera devido à alta demanda. Além disso, nos serviços de saúde essa população também se depara com o despreparo de muitos profissionais que não estão qualificados para lidar com suas necessidades (BRASIL, 2016).

Entretanto, quando a mulher transexual consegue adentrar no processo transexualizador, passando por uma boa equipe multiprofissional, as questões psicológicas que a acompanha, desde a infância, passam a ser trabalhadas e elucidadas, o que a permite possibilidades de melhora da autoestima, autoimagem, refletindo na sua qualidade de vida, porém, o apoio psicológico ainda é insuficiente, principalmente para aquelas que não conseguiram o acesso a esse

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

processo e possuem necessidades emergenciais como, por exemplo, apoio psicoterápico em casos de agressão física (FERREIRA, 2018).

Essas mulheres necessitam de um atendimento continuado que atue promovendo sua saúde mental diante da situação de constante vulnerabilidade a qual elas se encontram (FERREIRA, 2018). Elas passam por situações de desrespeito de sua identidade e de ridicularização do seu corpo durante o processo de firmamento de sua identidade, sendo alvos de constante violência e exclusão social, que geram intenso sofrimento psíquico, pertencendo ao cotidiano de muitas mulheres transexuais brasileiras (MAGNO, 2018).

Espera-se que o tratamento psicológico e psiquiátrico se alie ao tratamento cirúrgico e hormonioterápico de forma satisfatória para que, assim, haja um tratamento e atenção integral à mulher transexual. No Brasil, destaca-se o Centro de Referência de Direitos LGBT do Governo da Paraíba ligado à Secretaria da Mulher e da Diversidade Humana, em que atuam realizando atendimento jurídico, social e psicológico à população LGBT bem como exercício de busca ativa para aqueles usuários que tiveram seus direitos violados, promovendo também a saúde mental das mulheres transexuais (BRASIL, 2015).

FATORES ENDÓCRINOS RELACIONADOS À MUDANÇA DE SEXO

A automedicação hormonal é uma realidade que atinge a população transexual, o que está diretamente relacionado a sérios efeitos colaterais. A alteração hormonal brusca e sem acompanhamento de uma

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

equipe multidisciplinar podem resultar em problemas de saúde irreversíveis.

A terapia hormonal para transformação do sexo de uma mulher trans consiste no uso de medicamentos antiandrogênicos, que bloqueiam os hormônios originariamente masculinos, e estrogênicos, hormônio originariamente feminino, que induz a feminilização do fenótipo do indivíduo. São comuns efeitos como diminuição do volume prostático, aumento dos níveis séricos de leptina, acúmulo de lipídios na camada subcutânea e hiperprolactnemia. (ATHAYDE, 2001). Diante disso segue a Tabela 1 com as principais hormonioterapias usadas no processo de transformação sexual para mulheres trans no Brasil.

Tabela 2: Elaborada pelos autores com base em Athayde, 2001.

Nome da droga	Dosagem	Classe	Via de administração
Flutamina	750mg/dia	Antiandrogênio	Via oral
Acetato de ciproterona	50 a 100mg/dia	Antiandrogênio	Via oral
Etinil-estradiol	0,1mg/dia	Estrogênio	Via oral
Valerianato de estradiol	1 a 2mg/dia	Estrogênio	Via oral
Estrogênios equinos conjugados	0,625 a 1,25mg/dia	Estrogênio	Via oral

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

17β- estradiol	1 a 2mg/dia 50 a 100 mcg/dia 20 a 25 mg/2 a 6 meses 0,5 a 3mg/dia	Estrogênio	Via oral Transdérmico Subcutâneo Percutâneo
----------------	--	------------	--

Embora os níveis de hormônios desejados sejam alcançados no primeiro ano de terapia, demora algo em torno de 2 a 3 anos para que as mudanças físicas aconteçam (MATHEOS, 2015).

Estudos feitos através da revisão de oito anos de registros médicos de cerca de 5.000 pacientes transgêneras no sistema Kaiser Health, e as analisou com mais de 18 anos que tomaram hormônios para a transição de gênero. Mais de 97.000 pacientes cisgêneros - pessoas cujo sexo atribuído no nascimento corresponde à sua identidade de gênero - com características semelhantes de idade e saúde foram estudados para comparação.

O estudo descobriu que as mulheres transgêneras, que recebem o sexo masculino no nascimento, tinham o dobro da probabilidade de os homens ou mulheres cisgêneros terem o coágulo sanguíneo como tromboembolismo venoso. As mulheres transgêneras em terapia hormonal também foram encontradas entre 80% e 90% mais propensas a ter derrame ou ataque cardíaco do que as mulheres cisgêneras. Porém, esses estudos não contraindicam o uso de hormônios para transformação sexual, apenas tornam a investigação e o acompanhamento médico mais detalhados (SCHER, 2018).

REFERÊNCIAS

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

AMARAL, Daniela Murta. A PSIQUIATRIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE: ANÁLISE DOS EFEITOS DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE: Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Orientador: MÁRCIA RAMOS ARÁN. 2007. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_a_maraldaniela.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 1, p.15-41, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000100003>.

ATHAYDE, Amanda V. Luna de. Transexualismo masculino. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, [s.l.], v. 45, n. 4, p.407-414, ago. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27302001000400014>.

BALZER, Carsten; LAGATA, Carla; BERREDO, Lukas. TMM Annual Report 2016 [Internet]. Berlim: TvT; 2016 [Capturado em 12 abril 2019]. Disponível em: <<https://transrespect.org/wp-content/uploads/2016/11/TvT-PS-Vol14-2016.pdf>> . Acesso em 12 de abril de 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 set 2010a. Seção 1, p.109-10. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm>.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_semniario_nacional_saude_lgbt.pdf> . Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Integral a Saúde da População Trans. Conteúdo para Profissionais de Saúde [Cartilha]. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional da Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p. 1ª Reimp. [citado em 11 Abr. 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf> .

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

FERREIRA Jr, Sergio; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo, NOGUEIRA, Péricles Alves. 2016. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. Rev Panam Salud Publica. Vol. 40, nº 6, p. 410-417. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n6/410-417/pt>

FERREIRA, Syndell Cássia Cruz. O Processo Transexualizador no SUS e a Saúde Mental de Travestis e Transexuais: Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem. Orientadora: Profª Msc. Francineá de Nazaré Ferreira de Castilho.. 2018. 72 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2018. Disponível em: <<http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1689>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

HUMAN RIGHTS CAMPAIGN. A National Epidemic: Fatal Anti-transgender Violence in America in 2018. Disponível em: https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/AntiTransViolence2018ReportFinal.pdf?_ga=2.6158963.1310380530.1555119960-869058789.1554382879. Acesso em 12/04/2019.

KOMPATSCHER, Sabrina. TRANSEXUALIDADE E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. 2015. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Centro Universitário Autônomo do Brasil – Unibrasil, Curitiba, 2015.

MAGNO, Laio; DOURADO, Inês; SILVA, Luis Augusto Vasconcelos da. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 34, n. 5, p.1-12, 28 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00135917>.

MATEOS, Gabriela. Mudar de sexo e a terapia hormonal. Disponível em: <<https://hypescience.com/como-terapia-hormonal-pode-ajudar-na-transicao-de-generos/>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 16, n. 42, p.637-649, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012000300005>.

SANTOS, Chopelly Claudyston Pereira dos. Saúde?! Completo bem-estar psicossocial de um indivíduo: tudo que uma pessoa trans não possui. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde. 1. ed., 1. reimpr.– Brasília:Ministério da Saúde, 2016.

SCHER, Avichai. Study finds health risks for transgender women on hormone therapy. Disponível em: <<https://www.nbcnews.com/health/health-news/study-finds-health-risks-transgender-women-hormone-therapy-n890031>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SOARES, Luciano Silveira. Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

UNAIDS BRASIL. Guia de Advocacy para Lideranças. 2ª Edição. 2018. Disponível em: <<https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Guia-de-advocacy-do-MNCP-1.pdf>>. Acesso em 12/04/2019.

UNAIDS. Relatório Informativo. 2017. Disponível em:<<https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Fact-sheet-UNAIDS-novembro-2018-1.pdf>>. Acesso em 12/04/2019.

SAÚDE DO HOMEM TRANSEXUAL

Elisa Hellen Cruz Rodrigues¹
Italo Constâncio de Oliveira¹
Maria Stella Batista de Freitas Neta¹
Pedro Walisson Gomes Feitosa¹
Eulina Alves Sousa Brito²
Modesto Leite Rolim Neto³

¹ Acadêmiox de Medicina da Universidade Federal do Cariri

² Assistente Social pela UNILEÃO e Mestranda em Saúde Pública

³ Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Mediante o universo de aspectos que podem ser analisados no que diz respeito aos homens transgêneros, um deles, é sem dúvida, imprescindível: a saúde. Isto porque a própria transgeneridade foi - e ainda é, a despeito das tentativas de mudanças de tal paradigma - definida como uma condição clínica, com critérios de diagnóstico, passível de ser laudada por determinados profissionais de saúde e catalogada no DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA (Associação de Psiquiatria Norte-Americana) assim como no CID-10 - Código Internacional de Doenças, classificação da OMS (Organização Mundial da Saúde) (SOUSA, 2013).

Há, portanto, um ainda não unânime movimento que busca “despatologizar” a transexualidade em decorrência da violência simbólica pautada no fato de que a heteronormatividade é vista, muitas vezes, como o não patológico enquanto tudo aquilo que difere disso transgrediria, segundo essa visão conversadora e arcaica, os padrões de normalidade. A complexidade da temática e a não unanimidade acerca da mesma se devem ao fato de que existe um compreensível receio de que a despatologização da transexualidade possa vir a reduzir os direitos da comunidade transexual no processo transexualizador do SUS (OLIVEIRA, 2013).

É irrefutável a necessidade de uma discussão bem fundamentada sobre o tema, afinal, como contextualizou o professor universitário:

“Conduzir a campanha pela despatologização sem aprofundamento

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

destas discussões me parece perigoso e pode ser politicamente regressivo. Contudo, permanecer indefinidamente num modelo determinista, excludente e tutelador, para que se assegure o atendimento, é indigno. (ALMEIDA, 2010, p. 142).

Após essa breve reflexão no que diz respeito à transexualidade e a relação que seu conceito tem com a saúde, é preciso que se aprofunde em uma outra importante temática: a saúde do homem transexual no Brasil. Para isso, algumas abordagens foram escolhidas, são elas: saúde mental, atendimento ginecológico, reposição hormonal e cirurgia de redesignação sexual.

SAÚDE MENTAL

A saúde mental da população transgênero está inserida num contexto de estigmatização, discriminação e incertezas, somado à inassistência de políticas públicas abrangentes, que causa sofrimento mental intenso aos indivíduos transexuais (ZUCCHI et al., 2019).

Nessa perspectiva, em estudo dirigido aos homens transexuais brasileiros, Bezerra (2018) aponta que “As instituições como o Sistema Único de Saúde, as escolas e as empresas públicas e privadas que deveriam garantir cidadania são, junto à família, as maiores violadoras de direitos”, isso porque a hostilidade no atendimento de saúde, a intenção coercitiva de membros discentes e administradores das escolas e a recusa da família são as principais causas de sofrimento psíquico aos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

homens transexuais. Por outro lado, a presença no mercado formal e empregos não marginalizados é maior em comparação às mulheres transexuais.

Ao confrontar esse contexto, as pessoas transexuais se submetem a comportamentos relacionados à dor psíquica. No estudo de Lobato et al. (2007), é indicado um alto índice de abuso de drogas psicoativas entre homens transgênero, além de um índice maior que o normal para tentativas de suicídio. O mesmo estudo indica que esses índices devem ser encarados com a perspectiva hostil de vida desses indivíduos, sendo uma consequência da sua realidade.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO

A consulta ginecológica é vista pelos homens transexuais como digna de repúdio, uma vez que é algo que relaciona-se diretamente à seu sexo biológico, além do fato da nuliparidade, na maioria dos casos, e do repúdio às estruturas sexuais (Peitzmeier, 2014).

No entanto, o sistema urogenital do homem transexual é tão importante quanto da mulher cisgênero. Nessa perspectiva, cuidados ginecológicos de rotina devem ser tomados, cabendo aos profissionais de saúde o apoio e o entendimento da realidade desses homens. À priori, o atendimento deve respeitar questões de identificação sexual, como o uso do nome social, sendo base da humanização no atendimento. À posteriori, deve-se levar em conta complicações e agravos que essa população pode possuir, desde a hormonização sem acompanhamento

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

até prejuízos causados em tecidos mamários pelo uso de faixas compressivas (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar as principais mudanças ocorridas pela hormonização, que devem ser consideradas no atendimento ginecológico, sendo a principal delas a atrofia vaginal, ocorrida pela hormonização artificial, podendo dificultar o papanicolau e a prevenção de câncer nesses pacientes, como indicado por Peitzmeier et al. (2014).

REPOSIÇÃO HORMONAL

A chamada hormonização é um dos principais desejos aventados pela população transexual, sendo uma das primeiras etapas da modificação corporal. No entanto, vale ressaltar que a escolha por fazê-la é uma decisão do homem a partir do que o mesmo irá julgar como imprescindível ou não no processo de transgeneridade. Em tese, a hormonização só deve ser realizada com acompanhamento médico especializado, uma vez que a testosterona é um hormônio de venda e distribuição controladas, que pode culminar em determinados efeitos colaterais indesejáveis quando administrada sem orientação profissional, tais como aumento de: agressividade, hematócrito, pressão arterial, peso, além de dislipidemia e hepatotoxicidade. Quando em acompanhamento, caso ocorra qualquer um desses efeitos, o profissional será prontamente capaz de minimizar os danos. Vale salientar que também é necessário monitorar neoplasias dependentes de estrógeno, como as de mama, útero, ovário e vagina (OLIVEIRA, 2013).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A testosterona tem apresentações parenterais e transdérmicas, sendo disponibilizadas como:

Via intramuscular:	Cipionato de testosterona, Undecanoato de testosterona e Propionato de testosterona + Fempropionato de testosterona + Isocaproato de testosterona + Decanoato de testosterona
Via transdérmica:	Testosterona solução tópica a 2% e Gel de testosterona 1%

Seus efeitos fisiológicos esperados incluem a redistribuição da gordura corporal para uma forma androgênica (abdominal), hirsurtismo, aumento da libido, aumento da massa muscular, aumento do clitóris, amenorreia e aumento da oleosidade da pele (REDETRANS, 2018).

CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL

De acordo com Arán (2010) a transexualidade:

“Em linhas gerais, caracteriza-se pelo sentimento intenso de não-pertencimento ao sexo anatômico, sem a manifestação de distúrbios delirantes e sem bases orgânicas (como o hermafroditismo ou qualquer outra anomalia endócrina).”

Dessa forma, entendemos que a pessoa transexual é aquela que vivencia disparidade entre o eixo do sexo anatômico e a auto

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

identificação de gênero, enquanto que, em comparação, uma pessoa que tem esse eixo alinhado pode ser considerada cissexual.

Atualmente, no Brasil, as únicas instituições que realizam a cirurgia de redesignação pelo SUS são o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul; o Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro; o Hospital das Clínicas de São Paulo, vinculado à Universidade de São Paulo e o Hospital das Clínicas de Goiás, vinculado à Universidade Federal de Goiás. Nesses centros os procedimentos são gratuitos, entretanto, a lista de espera é imensa, o que dificulta a busca por esse tratamento, levando a alguns transexuais desistirem de tentar realizar o procedimento. Outros hospitais oferecem a cirurgia em caráter particular, porém os custos são elevados. É sabido de que se trata de um procedimento dispendioso, no qual o paciente tem de arcar com todas as despesas médicas e, nessas situações, o valor pode variar entre 10 e 25 mil reais (GALLI, 2013).

Em homens trans, a transição cirúrgica pode ser realizada por meio de alguns procedimentos conhecidos: reconstrução torácica, histerectomia e salpingo-ooforectomia; vaginectomia, escrotoplastia (com ou sem implantes testiculares), metoidioplastia ou faloplastia e uretroplastia; e inserção de prótese peniana (SELVAGGI, 2006).

Normalmente, o primeiro procedimento cirúrgico para os trans-homens é a retirada das mamas. A denominação “mastectomia bilateral”, quando utilizada para os trans-homens, é inadequada, pois a mama não é totalmente removida e mantém-se o mamilo. “Mamoplastia masculinizadora” é o termo correto, porque se trata de uma readequação

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

de tórax. A cirurgia plástica é reconstrutiva e transforma, proporcionalmente, os tecidos e a forma de uma mama feminina em uma masculina (BRASIL, 2015).

A mastectomia subcutânea foi a primeira técnica desenvolvida e mais comumente usada para a cirurgia de redesignação sexual torácica em pacientes transexuais. A finalidade do procedimento é obter um tórax masculino, e o tipo de cirurgia é escolhido de acordo com a quantidade de tecido mamário, ptose e elasticidade da pele. Os pacientes normalmente apresentam tecido mamário extenso associado a ptose e pele não elástica, resultando em grandes cicatrizes torácicas (TAKAYANAGASIA, 2006).

Sabemos que em pacientes com mamas maiores, com ptose grau III e sem elasticidade da pele a técnica de enxerto complexo mamilo-areolar (NAC) é o padrão-ouro. Esta técnica foi criada para ser simples e rápida. Suas desvantagens são a perda de sensibilidade, o risco de necrose areolar - que é elevado em pacientes fumantes-, hipopigmentação, cicatrização prolongada, o efeito patch e cicatrizes periareolares, inframamárias e médio-torácicas. A técnica do pedículo superior também é utilizada. Este procedimento tem como vantagem a preservação da entrada vascular do mamilo, porém tem a desvantagem de resultar em uma cicatriz T invertida visível com riscos de feminização do tórax (THIÉNOT, 2017).

A metoidioplastia é o alongamento do clitóris hipertrofiado hormonalmente e pode ser realizada com ou sem alongamento da uretra. Tradicionalmente, a metoidioplastia possibilita a micção em pé;

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

entretanto, não permite a implantação de um dispositivo erétil. Dessa forma, a capacidade de realizar relações sexuais com penetração após a cirurgia é limitada. A mais completa transformação genital é uma faloplastia, e o procedimento mais bem descrito é o retalho livre do antebraço radial (WROBLEWSKI, 2013).

A neofaloplastia é a constituição de um novo pênis. Trata-se de um procedimento, no caso do Brasil, considerado ainda experimental e, por isso, somente é feita em hospitais universitários, o que evidencia o preconceito no campo da Medicina. Como a neofaloplastia ainda se encontra em caráter experimental, o reconhecimento jurídico não demanda a cirurgia de redesignação sexual. Entretanto, não possuir um pênis pode representar para muitos trans-homens o desconforto iminente de ser identificado ainda como mulher (BRASIL, 2006).

O retalho radial do antebraço (RF) é uma fonte doadora útil para faloplastia, isso porque não é muito espesso. Normalmente, inclui 2 nervos cutâneos, que podem ser anastomosados com os nervos dorsais do clitóris; isso possibilita não somente a sensação de toque, mas também a sensação sexual no pênis construído. Existe, entretanto, algumas desvantagens, como uma cicatriz doadora pronunciada, com que os pacientes frequentemente se queixam, inchaço da mão semelhante ao linfedema e dormência da mão. Na construção peniana com o retalho de RF, aproximadamente três quartos da área da pele circunferencial do antebraço são necessários, e essa é a principal razão para as desvantagens apresentadas (NAMBA, 2019).

Em comparação, a faloplastia com retalho do músculo latíssimo do dorso (MLD) oferece um falo com estética satisfatória, a

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

possibilidade de uretroplastia e uma cicatriz que pode ser facilmente disfarçada. Ademais, a musculatura inserida no enxerto fornece um ambiente para a implantação da prótese peniana se a função sexual é uma alta prioridade para o paciente (PEROVIC et al., 2007).

Existe ainda, uma técnica alternativa para a faloplastia MLD. Neste procedimento, o músculo latíssimo do dorso é re-inervado, já que a microneurrafia é feita entre o músculo toracodorsal e nervos obturadores. Para um melhor resultado, os pacientes devem passar por eletroestimulação e eletroginástica nos meses seguintes a cirurgia a fim de melhorar o movimento e controle muscular. Ocasionalmente, o paciente é capaz de contrair os adutores e grácil para induzir a contração o músculo transplantado (VESELY et al., 2007).

Geralmente, as cirurgias genitais para homens trans são realizadas por uma equipe cirúrgica envolvendo cirurgiões plásticos, ginecológicos e urológicos. Boa parte das complicações tardias está relacionada à reconstrução da uretra, incluindo uma taxa de estenose e fístula de pelo menos 40%. A maioria dos pacientes necessitarão de uretroplastias subsequentes (DOONAERT 2011).

A histerectomia e salpingo-ooforectomia combinadas são realizadas por via laparoscópica ou transvaginal. A vaginectomia subsequente e a colpocleise são feitas normalmente no momento da faloplastia. Em algumas situações, um retalho vaginal de parede anterior é utilizado para alongar a uretra proximal no momento da faloplastia ou metoidioplastia (NAMBA 2019).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+

Iniquidades em saúde pública

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme S. de. Reflexões iniciais sobre o processo transexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010, pp.117-147.

ARÁN, Márcia. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

BEZERRA, Daniel Sarmento et al. *HOMENS TRANSEXUAIS: INVISIBILIDADE SOCIAL E SAÚDE MENTAL*. *Temas em Saúde, João Pessoa*, v. 18, n. 1, p.428-444, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Editora MS, 2015. 194 p.

COLEMAN, E. et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal Of Transgenderism*, [s.l.], v. 13, n. 4, p.165-232, ago. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.

DOORNAERT M et al. Penile reconstruction with the radial forearm flap: an update. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2011;43(4):208-214.

GALLI, Rafael Alves et al. . *Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual*. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 29, n. 4, p. 447-457, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 15 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000400011>.

LARA, Lucia Alves da Silva; ABDO, Carmita Helena Najar; ROMAO, Adriana Peterson M Salata. *Transtornos da identidade de gênero: o que o ginecologista precisa saber sobre transexualismo*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 35, n. 6, p. 239-242, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000600001&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000600001>.

LOBATO, Maria Inês et al. *Clinical Characteristics, Psychiatric Comorbidities and Sociodemographic Profile of Transsexual Patients from an Outpatient Clinic in Brazil*. *International Journal Of Transgenderism*, [s.l.], v. 10, n. 2, p.69-77, nov. 2007. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/15532730802175148>.

NAMBA Y, WATANABE T, KIMATA Y. *Flap Combination Phalloplasty in Female-to-Male Transsexuals*. *J Sex Med* 2019;16:934–941.

OLIVEIRA, André Lucas Guerreiro. *OS HOMENS TRANSEXUAIS BRASILEIROS E O DISCURSO PELA (DES) PATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE*. In: *SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO*, 10., 2013, Florianópolis. Anais

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

- Eletrônicos. Florianópolis: UFSC, 2013. p. 1 - 9. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373306267_ARQ_UIVO_textofazendogenero10.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2013.
- PEITZMEIER, Sarah M. et al. Female-to-Male Patients Have High Prevalence of Unsatisfactory Paps Compared to Non-Transgender Females: Implications for Cervical Cancer Screening. *Journal Of General Internal Medicine*, [s.l.], v. 29, n. 5, p.778-784, 15 jan. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>.
- PEROVIC SV et al., 2007. Total phalloplasty using a musculocutaneous latissimus dorsi flap. *BJU Int* 100:899–905.
- REDETRANS, Rede Nacional de Pessoas Trans - Brasil. Saúde do Homem Trans e Pessoas Transmasculinas. Brasília: [s.i.], 2018. 31 p. Disponível em: <<http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2019.
- SELVAGGI G, et al. Donor site morbidity of the radial forearm free flap in 125 phalloplasties in gender identity disorder. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:1171-1177.
- SOUSA, Diogo; IRIART, Jorge. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 34, n. 10, p.1-11, 11 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00036318>.
- TAKAYANAGI, S. & NAKAGAWA, C. *Aesth Plast Surg* (2006) 30: 206. <https://doi.org/10.1007/s00266-005-0201-2>
- THIÉNOT, S. et al., *Aesth Plast Surg* (2017) 41: 531. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0810-6>
- VESELY J et al., 2007. New technique of total phalloplasty with reinnervated latissimus dorsi myocutaneous free flap in female-to-male transsexuals. *Ann Plast Surg* 58:544–550.
- WROBLEWSKI P, GUSTAFSSON J, SELVAGGI G. Sex reassignment surgery for transsexuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20(6):570-574.
- ZUCCHI, Eliana Miura et al. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 35, n. 3, p.1-13, 25 mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00064618>.

TRAVESTI: CORPO, GÊNERO E SAÚDE

Rafhael Salatiel Campos Xenofonte¹

Victor Alexandre Mariano¹

Andrezza Lobo Rodrigues¹

Yasmin de Alencar Granjeiro²

Pedro Walisson Gomes Feitosa¹

Modesto Leite Rolim Neto³

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Cariri

² Bimédica pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio

³ Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

SER TRAVESTI

Desde os primórdios das sociedades, o ser humano criou métodos de manutenção daquilo que passou a ser considerado como “ordem social”. A partir do processo de sedentarização das comunidades primitivas, no período neolítico, estabeleceu-se que, graças à sua força física, os homens teriam funções diferentes das mulheres, e com isso, muito mais prestígio. Nasce, assim, o *patriarcado*.

Durante séculos, com raríssimas exceções – como é o caso da ilha Grega de Lesbos – as mulheres foram submissas às vontades dos homens que as cercavam, sejam eles seu pai, seu marido ou seus irmãos. É importante salientar que, nesse dado momento da história, para fazer a divisão dos indivíduos entre “homens” e “mulheres”, era levado em consideração apenas os órgãos genitais; ou seja: nessa época, não havia outro conceito sexual além do *sexo biológico*. Foi apenas com a vinda dos anos de 1990 que a *ideologia de gênero* passou a ser formulada. De acordo com Scott *et al* (1995), entende-se que “gênero” é uma categoria analítica que mudou a forma social de se pensar nas diferenças entre os sexos: as diferenças biológicas não podem servir como motivos para diferenças de comportamento social que, valoradas de modo desigual, tendem a tornar - se desigualdades, o que corrobora na cristalização de posições, tais como homens-opressores e mulheres-oprimidas, atuando assim como justificativas na naturalização da violência que as mulheres sofrem.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A criação dessa nova categoria permitiu o nascimento de inúmeras outras, de modo que o sentimento de um indivíduo de pertencimento a determinada classe não o exclui necessariamente da participação em outras categorias. É por isso que é possível um homem trans – ou seja, aquele indivíduo cujo sexo biológico no momento do nascimento é feminino, mas que no decorrer da vida, se identificou com o gênero masculino – seja bissexual ou mesmo homossexual. O fato é que, a identidade de gênero diz muito mais do que o sexo biológico ou do que a orientação sexual. O gênero é a forma como cada um, dentro do universo da sua individualidade, se vê. É a forma com que cada um enxerga e se identifica com o mundo. Tendo esse conceito em mente, podemos chegar ao foco deste capítulo: a *mulher travesti*.

Apesar de não haver uma definição oficial, entende-se por travesti todo indivíduo que, mesmo se identificando com o sexo biológico, se veste e age como indivíduos do sexo oposto. Logo, mulheres travestis normalmente se veem biologicamente como homens, e se sentem confortáveis com isso, e, apesar disso, têm preferência pelo estilo feminino. Uma vez compreendida a diferença entre travestis e transexuais (indivíduos que não se identificam com o sexo biológico; do contrário, seriam chamados de *cis*), é válido ressaltar a diferença entre travestis e *drag queens*: ser travesti é o modo como as pessoas cujo estilo estético/social difere do sexo biológico, apesar de haver identidade com ele, se enxergam na sociedade. Não necessariamente uma drag queen é travesti, uma vez que esse termo refere-se mais a indivíduos que normalmente se identificam com o sexo biológico masculino e que

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

vestem-se com roupas femininas extravagantes, geralmente para apresentações artísticas.

O ESTIGMA

Uma característica marcante e comum em relatos de vida de mulheres travestis - e, por vezes, de mulheres trans - é o uso do termo “afeminada”, referindo-se à sua performance de gênero, a qual, na realidade, nada mais é do que uma ruptura com o conjunto de normas sociais estabelecido na comunidade heteronormativa.

A performance é moldada por dois elementos principais: o *corpo* e os *objetos*. O corpo atua no sentido de demonstrar trejeitos “de menina”, o que, normalmente, é identificado pelos próprios familiares ou pessoas próximas, ainda na infância; os objetos -, tais como toalhas servindo como cabelo, roupas, bonecas - atuam de maneira complementar nessa performance.

Para Magno (2018, p. 5)

“O corpo é performado, ainda na infância e adolescência, por intermédio de trejeitos “de menina”, “boiola”, “viado”, que são muitas vezes identificados por integrantes da família ou por pessoas próximas. Os objetos (boneca, toalha como cabelo, assessórios etc.) e roupas (vestidos, saias etc.) utilizados na infância possuem um agenciamento performático importante. Ambos são

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

classificados como ‘coisa de mulher’ e fazem parte da infância das travestis e mulheres transexuais.”

Entende-se que, através da citação vista do autor, os objetos possuem uma importância significativa na consolidação da visão binária dos gêneros, promovida historicamente pela sociedade heteronormativa.

Não é incomum, também, em relatos de mulheres travestis, a falta de apoio por parte da família no seu estilo de vida. Algumas chegam a ser expulsas de casa, além de serem, constantemente, alvos de abusos físicos ou psicológicos. Tornam-se reféns de um padrão heteronormativo que foi imposto a elas no momento em que se constatou nelas uma genitália masculina. É nesse momento de marginalização que muitas acabam se enveredando pelos caminhos da prostituição, da drogadição e – por vezes – do crime. É necessário que se tenha o entendimento de que, ao tomar essa direção, a mulher travesti não necessariamente está em plenas condições de sua saúde mental. O desgaste psicológico é algo presente constantemente na vida dessas pessoas, desde sua infância, simplesmente por elas decidirem viver a vida da maneira mais confortável para o seu corpo e, com isso, romper com uma regra histórica com a qual elas não se identificavam.

ACESSO À REDE DE SAÚDE PÚBLICA: POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEFESA DA MULHER TRAVESTI

Tendo em mente que o estigma presente na vida de boa parte da população travesti é um fato histórico, promovido através da consolidação de um preconceito, é importante compreender que, pela

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

vulnerabilidade da classe, são necessárias políticas públicas específicas para permitir um acesso humanizado desses indivíduos à Rede de Saúde Pública, seguindo os princípios do SUS, previstas na Lei 8080/1990:

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; (...) *igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*(...)” (BRASIL, 1990)

Nesse contexto de inclusão, em 2011, foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, cujo objetivo era efetivar uma política pública de garantia de direitos (BRASIL, 2013). É

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

preciso, no entanto, que haja a compreensão de que, para que essa política traga resultados positivos firmes, o acesso ao Sistema de Saúde seja efetivado, uma vez que, apesar de o governo já tomar medidas inclusivas oficiais, na prática, dentro dos meios de saúde, os usuários ainda são vítimas de preconceitos e discriminações. Exemplo disso é a resistência que existe dentro dos instrumentos de atenção básica em atender os usuários transexuais pelo nome social, ou o fato de mulheres travestis comumente serem alvo de olhares maldosos dos profissionais da ESF.

Um instrumento de saúde tem como objetivo soberano, além do princípio da igualdade, o princípio da resolutividade, o qual diz que “o SUS deve possuir a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990). Com isso, entende-se que, ao procurar um serviço de saúde, o usuário busca apenas aliviar o sofrimento pelo qual está passando. É importante que se saiba que a saúde é "um estágio de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças ou enfermidades" (OMS, 1948). Assim, levando em consideração que travestis são, antes de tudo, na visão dos profissionais da saúde, usuários do Sistema de Saúde. Ao procurar uma UBS, uma travesti tem por anseio apenas a resolução do seu sofrimento, assim como todos os outros usuários do SUS. O que se observa, no entanto, é que, quando as travestis não se sentem à vontade nos serviços de saúde, é comum se fragilizarem.

Para Ferreira et al (2017, p. 7)

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

“Os percalços das travestis apontam com clareza para uma verdadeira batalha diante das desigualdades do SUS, destacando a necessidade de mudanças significativas nas práticas em saúde, com alusão para a inseparabilidade básica entre essas práticas conduzidas e os seus sujeitos – as travestis. Acontece que muitas delas, a fim de se tornarem inteligíveis, isto é, socializarem-se mediante a desconformidade do seu corpo, realizam várias mudanças corporais na busca de uma aparência mais próxima do feminino, que as identifique como tal.”

Desse modo, o que se entende acerca do acesso da população travesti ao SUS é que, apesar da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT ser uma forma de se vencer inúmeros obstáculos, ainda existem entraves a serem ultrapassados até que se consiga, verdadeiramente, um atendimento igualitário entre os usuários do SUS.

Uma possibilidade para a minimização dessas questões seria uma nova estratégia que buscasse a especialização do cuidado às travestis. Para Boff (2002), o cuidado é uma prática de zelo, desvelo e responsabilidade com o próximo. Adaptando as palavras do autor para a realidade do uso das travestis ao SUS, entende-se que “cuidado se relaciona com o direito de ser, isto é, respeitar o direito de ser é cuidar dos sujeitos em suas particularidades.” (FERREIRA et al, 2017).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A realidade de travestis comprova que o SUS não se encontra preparado para lidar com as diferentes vulnerabilidades enfrentadas por essa população. Assim, para que se cumpram os princípios da igualdade e resolutividade prevista na Lei 8080/1990, e, com isso, o Sistema de Saúde possa receber travestis com todas as suas singularidades, é necessário e urgente que haja uma melhor formação, sobretudo pelos profissionais da atenção básica, para o melhor enfrentamento da travestifobia dentro – e fora – dos instrumentos da Rede de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, J. F. et al. ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE DAS TRAVESTIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 41, n. 3, p. 759-773 jul./set. 2017.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. LEI Nº 8.080. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- FERREIRA, B. O. et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2017.
- MAGNO, L et al. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. CSD, Rio de Janeiro, 2018.
- MOREIRA, M. I. C. et al. Mulheres, travestis e transexuais: interseções de gênero em documentos de políticas públicas. Revista de Psicologia, v. 30, n. 2, p. 234-242, maio-ago. 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. New York, 1946.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./ dez. 1995. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>.

VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO LGBTQ+: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Arian Santos Figueiredo¹

Maria Andrezza Gomes Maia¹

Yuri Mota do Nascimento¹

Pedro Walisson Gomes Feitosa¹

Marinna de Andrade Saraiva²

Modesto Leite Rolim Neto³

¹ Acadêmix de Medicina da Universidade Federal do Cariri

² Médica pela Universidade Federal do Cariri

³ Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A LGBTQFOBIA EM ASCENSÃO: VIOLÊNCIA E A ESTIGMATIZAÇÃO DAS MINORIAS

A violência física, moral e a exclusão contra a população LGBTQ+ é uma realidade latente. A sociedade, organizada nos gêneros masculino e feminino, bipolarizada e com funções socialmente e restritamente definidas, marginaliza quem subverte a essa ordem, isso, por si só, já é uma violência. A LGBTQfobia se torna cada vez mais presente na sociedade atual, até porque esse grupo de pessoas não têm como ficar “fechado em seu armário”, uma vez que o próprio corpo já traduz o que eles são. Segundo pontua Cabral et al (2013), o Brasil é apontado como sendo um dos principais países onde homossexuais são mais assassinados no mundo. Somos a nação que mais mata pessoas trans no mundo (FRANÇA; GOMES; VIANA, 2018).

Assim, a LGBTQfobia, caracterizada como aversão a tudo aquilo que as comunidades de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transsexuais, transgêneros e não binários representam, solidifica-se constantemente como um problema social que tem grandes repercussões, não só no campo social, mas também na constituição biopsicológica do ser humano.

O preconceito e o estigma enraizado em uma sociedade que teve toda sua formação constituída em uma base patriarcal e machista corrobora para o presente cenário de exclusão e violência hoje tão presente.

Homofobia é aqui definida como rejeição, aversão, medo ou ódio irracional aos homossexuais e, por extensão, a todos os que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

padrões heterossexuais ainda aceitos como normativos na nossa sociedade. Nesse sentido, comportamentos homofóbicos variam desde a violência física da agressão e da violência fatal, isto é, o assassinato, até a violência simbólica e/ou psicológica nos atos de xingar, ridicularizar, apelidar, excluir do grupo (KOEHLER, 2013) ou até mesmo afirmar que não gostaria de conviver/frequentar qualquer espaço com uma pessoa homossexual.

Apesar do seu uso, são quase ignoradas, no Brasil, a extensa discussão e as controvérsias teóricas em torno do termo desde que foi cunhado na década de 1970 nos Estados Unidos (COSTA & NARDI, 2015).

Violências contra a população LGBTQ+ estão presentes nas diversas esferas de convívio social e constituição de identidades dos indivíduos. Suas ramificações se fazem notar no universo familiar, nas escolas, na igreja, na rua, no posto de saúde, na mídia, nos ambientes de trabalho, nas forças armadas, na justiça, na polícia, em diversas esferas do poder público (BRASIL, 2012) e na falta de políticas públicas afirmativas que contemplem a comunidade LGBTT (KOEHLER, 2013).

Existe uma grande dificuldade em se perceber a homofobia como fenômeno relacionado a questões e relações de gênero, já que o termo, na maioria das vezes, se refere apenas a casos de discriminação contra homossexuais masculinos (KOEHLER, 2013).

Além disso, a escola se caracteriza como um lugar em que jovens LGBTQ+ enfrentam, sistematicamente, discriminações por parte de colegas, professores, dirigentes e servidores escolares e “não raro

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

encontram obstáculos para se matricularem na rede pública, participarem de atividades pedagógicas e terem suas identidades minimamente respeitadas”(KOEHLER, 2013).

Pode-se acrescentar, ainda, que no Brasil há a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que traz um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

A Política está embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), 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” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).

Enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica em promover a democracia social, a laicidade do Estado e, ao mesmo tempo, exige ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde (BRASIL, 2010).

Assim, busca 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

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013).

Contudo, é necessário analisar que, apesar de haver uma Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, os índices de violência e violações são bastante elevados.

Observa-se, ainda, que a história do público LGBTQ+ em relação à garantia do direito à saúde, é caracterizada como uma história de luta, não só pela igualdade de direitos, mas também pela de acesso a serviços que muitas vezes são negados pelo fato de pertencerem a uma comunidade divergente da heteronormativa.

Além disso, quando comparado com outras nações que são exemplo para as comunidades internacionais no tocante à promoção de políticas públicas para o público LGBTQ+, como o Uruguai, o Brasil ainda tem bastante a avançar dentro de suas ações voltadas para este segmento social.

No Uruguai, a homossexualidade deixou de ser crime em 1938 e as leis que criminalizam a discriminação estão em vigor desde 2003. No Brasil, contraditoriamente, as políticas públicas acontecem de forma lenta, devido ao grande conservadorismo que existe dentro do governo, o que acaba dificultando os projetos que visam o reconhecimento e a proteção da identidade LGBTQ+.

É necessário considerar que esforços de mudanças de leis segregacionistas baseadas na orientação sexual e identidade de gênero podem ser observados na América Latina. Em muitos países latino-

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

americanos a situação jurídica das pessoas LGBT é mais avançada do que daqueles localizados na parte norte do globo, como acontece no Uruguai. Todavia, quando se trata da realidade brasileira, encontra-se um governo conservador, que muitas vezes realiza políticas baseadas em anseios individuais. Isso se evidencia quando o Brasil se destaca por ser o país que mais viola os direitos humanos LGBTs, principalmente os da doravante “T”, que são as pessoas transexuais e travestis (SILVA & GUIMARÃES, 2017).

Quando se olha para o cenário internacional latino-americano no que tange à proteção, reconhecimento e promoção da identidade LGBT, o Uruguai é um dos países que mais se destaca nessas variáveis analíticas, sendo o 12º país do mundo a aprovar a união homoafetiva e o segundo da América Latina.

O Brasil relatou à Comissão Interamericana de Direitos Humanos que realiza um trabalho coordenado juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH) e pelo Conselho Nacional, tendo como objetivo lutar contra a violação de direitos para com as pessoas LGBTs. Todavia, segundo o CIDH, 90% das mulheres trans no Brasil são analfabetas funcionais por causa da exclusão social, não sendo observadas políticas educacionais inclusivas para essas pessoas que estão à mercê da marginalização e que possuem uma expectativa de vida de 35 anos. Ademais, o Brasil também enfatizou as recomendações feitas pelo Terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos a vários estados e municípios brasileiros, incluindo criação de serviços para receber denúncias acerca da violência contra

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

pessoas LGBTQs e de unidades de polícia especializada (SILVA & GUIMARÃES, 2017).

Poucos países da América Latina trabalham de forma a combater o discurso de ódio praticado devido às escolhas individuais, sendo apenas seis países, incluindo o Uruguai. O Brasil não consta na lista (SILVA & GUIMARÃES, 2017).

Assim, no que tange às projeções para o Brasil, observa-se que ainda são bastantes amplas e muito tem que ser feito para se garantir a plenitude de direitos, o combate à violência e à fobia contra essa parcela social. Crescer e se desenvolver, respeitando as divergências de orientação sexual e de gênero é dever de qualquer nação que queira ter um futuro promissor e que tenha suas relações sociais fundamentada no respeito às diferenças.

VIOLÊNCIA CONTRA LGBTQ + : ORIGENS E DANOS

Ao longo da história, inúmeras pesquisas foram realizadas por distintas áreas do conhecimento sobre os aspectos sexuais inerentes aos seres humanos. Atualmente, essas pesquisas são direcionadas para o estudo das manifestações preconceituosas e discriminatórias contra indivíduos que assumem uma identidade de gênero e orientação sexual adversa aos padrões heteronormativos hegemônicos vigentes, como a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) (RAMOS, CARRARA, 2006).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A heteronormatividade constitui-se em um sistema de valores e ideologias sociais e culturais, composto por indivíduos heterossexuais, que consideram a heterossexualidade a única orientação sexual natural (ALBUQUERQUE et al., 2013). As características biológicas dos corpos masculinos e femininos consideradas naturais, por fazerem parte da natureza humana, são utilizadas como argumentos para reforçar tal condição, entre essas, está inclusa a atração afetivo – sexual por pessoas do sexo oposto – a heterossexualidade (FISCHER, 2005). Assim, qualquer orientação sexual contrária a esses padrões, como a homossexualidade e bissexualidade, por serem contrárias à dita ‘naturalidade imposta’, não poderiam ser aceitas socialmente (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Nessa perspectiva, a comunidade LGBTT, ao fugir do padrão heteronormativo vigente, provoca conflitos ao contrariar um modelo hegemônico e um sistema de valores, condutas e padrões sociais e sexuais (ALBUQUERQUE et al., 2013). Dessa forma, qualquer manifestação sexual contrária aos padrões heteronormativos pode vir a ser alvo de violência física, sexual e/ou psicológica (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Na década de 1980, foi criado o Grupo Gay da Bahia (GGB) que passou a arquivar informações sobre violência contra homossexuais, tendo reunido o registro documentado de assassinatos “onde explícita ou indiretamente, o motivo da morte foi a condição homossexual da vítima” (MOTT, 2002). Contudo, a abordagem predominantemente sensacionalista da imprensa, sobretudo durante a década de 1980 e em parte da década de 1990, favoreceu uma visão parcial da vitimização de

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

homossexuais que muitas vezes tendia a “confirmar” - até mesmo para o próprio movimento - representações vigentes sobre a homossexualidade, nas quais a tragédia era, de alguma forma, efeito de fraquezas morais e de escolhas das próprias vítimas (RAMOS, CARRARA, 2016).

Diferentemente do movimento de mulheres - que no final dos anos 70 e na década de 80 elaborou uma agenda com a demanda pela criação de delegacias policiais especializadas, entre outras reivindicações -, o movimento homossexual permaneceu até fins dos anos 90 na perspectiva da denúncia, afirmando uma representação dos homossexuais como “vítimas” de uma violência que não podiam evitar (GALVÃO, 2000).

Várias podem ser as manifestações de violência psicológica dirigida à população LGBTTT, tais como ameaças; humilhações; chantagens; cobranças para mudança de comportamento; discriminação; exploração; crítica pelo desempenho sexual e proibição de socialização, provocando, assim, o isolamento dos amigos e familiares (BRASIL, 2002).

Considera-se a violência contra LGBTTT um importante estressor social que resulta em impactos negativos na saúde mental e qualidade de vida de LGBTTT, incluindo um aumento de quase seis vezes para ocorrência de quadros depressivos (RYAN et al., 2009) e seus desdobramentos, como os sentimentos de culpa medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos,

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

disfunções sexuais, hostilidade, distúrbios alimentares e uso/ abuso de substâncias psicoativas (CARDOSO, FERRO, 2012).

Segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), no ano de 2012, por meio do Disque 100, foram registradas 27,34 violações de direitos humanos por dia contra o grupo LGBTT, de caráter homofóbico, o que caracteriza um aumento de 46,6% das violações em relação ao ano de 2011. Conforme o relatório, a principal manifestação de violência perpetrada contra a população LGBTT é a psicológica, perfazendo um total de 83,2% contra 42,5% em 2011 (BRASIL, 2013).

Um dos dilemas atuais da luta LGBTT pode ser resumido em: exigir respeito, mas não perder a irreverência LGBT e a afirmação da sexualidade; demandar a criminalização da homofobia, mas não a regulação da diversidade sexual. Experiências de segurança pública, em que a afirmação da sexualidade foi combinada com a demanda por segurança e respeito das autoridades policiais (por exemplo, direito à “pegação” em ambiente seguro e livre de extorsão) podem ser indicadores de que é possível “ser vítima” e “ter orgulho”, numa relação criativa e pró-ativa com as políticas de segurança pública (RAMOS, CARRARA, 2016).

UM RETRATO SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A COMUNIDADE LGBTQ+ NO BRASIL

Segundo dados do Poder Público Federal, no ano de 2012, foram registradas 3 084 denúncias relacionadas à população LGBT, correspondendo a um aumento de 166,09% em comparação ao ano de

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

2011, envolvendo 4 851 vítimas e 4 784 suspeitos. Esses dados corroboram com a análise feita em 2011 de que há um padrão de sobreposição de violências cometidas contra essa população. Tal cenário torna-se ainda mais alarmante quando se leva em conta a subnotificação de dados relacionados à violência contra população LGBTQ, haja vista que os dados só se referem as denúncias reportadas.

Tabela 3: Comparativo 2011/2012, aumento do nº de denúncias por estado

UF	2011	2012	Aumento
AC	2	11	450%
AL	17	65	282,35%
AM	13	57	338,46%
AP	0	6	NA
BA	94	201	113,83%
CE	63	143	123,98%
DF	45	239	431,11%
ES	24	74	208,33%
GO	26	111	326,92%
MA	67	105	56,72%
MG	98	255	160,2%
MS	13	46	253,85%
MT	7	123	1657,14%
PA	36	101	180,56%
PB	28	94	235,71%
PE	52	115	121,15%
PI	107	68	-36,45%
PR	68	182	167,65%
RJ	81	271	234,57%
RN	22	73	231,82%
RO	2	13	550%
RR	0	7	NA
RS	58	202	242,28%
SC	25	58	132%
SE	7	31	342,86%

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

SP	197	409	107,61%
TO	7	17	142,86%
TOTAL	1159	3084	166,09%

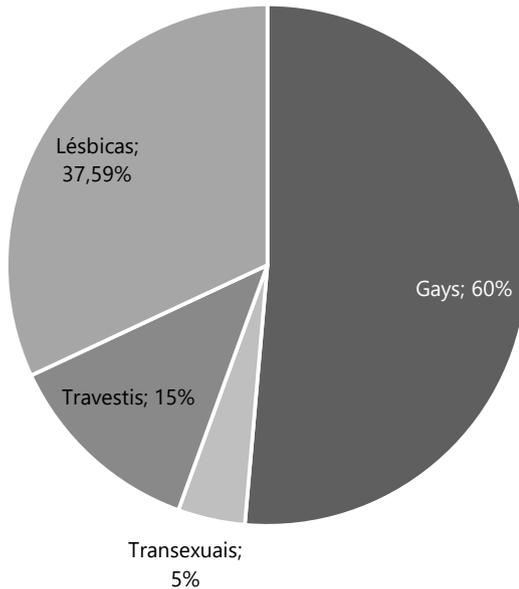
Fonte: Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Poder Público Federal.

Analisando-se os dados da tabela 3, percebe-se que a região do Brasil com o maior aumento de denúncias foi a região Centro-Oeste, seguida da região Norte, Nordeste, Sudeste e Sul. Mato Grosso apresentou o maior aumento de denúncias em relação a 2011 (1.657%), seguido por Rondônia com 550%; e o Distrito Federal com 431,11%. Piauí foi o único estado que apresentou decréscimo de denúncias em relação a 2011.

Em relação à identidade de gênero, a falta de um entendimento amplo revela - se ainda mais problemática que sobre a orientação sexual, considerando o elevado índice de não informação (82,98%). Entre as vítimas das denúncias 60,44% foram identificadas como gays, 37,59% como lésbicas, 1,47% das vítimas foram identificadas como travestis e 0,49% como transexuais (gráfico 2).

Gráfico 2: Identidade das vítimas que denunciaram em 2012.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública



Fonte: Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Poder Público Federal.

Em 2011, 34,5% das vítimas foram relatadas com identidade lésbica, 34% gay, 10,6% como travestis, 1,5% como mulheres trans e 0,6% de homens trans. Percebe-se que, além da diminuição das informações sobre as categorias nas denúncias, a proporção de vítimas transexuais e travestis diminuiu ainda mais, denotando a crescente invisibilização de um dos segmentos populacionais mais vulneráveis às violências e homicídios da sociedade brasileira.

O Grupo Gay da Bahia (GGB) disponibilizou dados coletados através revistas, jornais, redes sociais, blogs de notícia, televisão e rádio

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

sobre os perfis das vítimas de violência homofóbica no ano de 2016. Os dados demonstram uma mudança em relação à identidade das vítimas, mudança essa proporcionada, em certa parte, pelo entendimento da identidade de gênero.

LGBTQFOBIA: A MUDANÇA DA INÉRCIA LEGISLATIVA FRENTE À CRIMINALIZAÇÃO E REPARO AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.

A relevância do estudo do crime para as ciências sociais é de suma importância, visto que o desvio da lei, como afirmou Durkheim, é um fenômeno “normal” presente em todas as sociedades humanas, o qual revela sanções informais e a consciência coletiva, assim como as frágeis relações de solidariedade “orgânica” entre os indivíduos. Além disso, a discriminação e o preconceito, segundo Maria Cecília Gomez, são sempre atitudes negativas e contextualizadas, locais e situadas, porém gozam de certa cumplicidade social e de certo eco em determinados grupos sociais (MARTINS; FERNANDEZ; NASCIMENTO, 2010).

Um dos aspectos mais importante do pensamento sociológico sobre a natureza do crime é uma ênfase nas interconexões entre conformidade e desvio em diferentes contextos sociais. Nas sociedades contemporâneas torna-se difícil eleger uma norma hegemônica, pois contém um conjunto de subculturas com normas particulares, uma ação pode ser vista como normal por um grupo e para outro significar um desvio. Entretanto as diferenças de poder e bem estar podem influenciar a oportunidade aberta para diferentes grupos, portanto diferentes formas

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

de violências podem revelar diferentes tipos de agressões e crimes, possibilitando caracterizar múltiplas razões e motivações para o desvio.

Neste contexto, hoje um grande problema se escancara socialmente e, infelizmente, não possui legislação efetiva que combata, puna e mensure reparo às minorias afetadas. Esse quadro é o massacre de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgêneros, transexuais e não binários, em uma sociedade embasada no patriarcalismo, onde o ódio às minorias têm respaldo na Inércia Legislativa.

O termo homofobia tem sido amplamente utilizado para a conceitualização da violência e discriminação contra indivíduos que apresentem orientação sexual diferente da heterossexual, especialmente no Brasil (COSTA & NARDI, 2015). Não é difícil constatar que homofobia já faz parte do vernáculo popular e acadêmico e figura na imprensa nacional em quase todas as discussões sobre o tema (COSTA & NARDI, 2015). A própria política de combate ao preconceito contra orientação sexual e identidade de gênero lançada em 2004 pelo governo brasileiro tem como título Brasil sem Homofobia, o mesmo ocorre com outras políticas e programas que a seguiram (COSTA & NARDI, 2015).

A análise jurídica nos permite perceber como um determinado sistema de leis privilegia alguns grupos de indivíduos em detrimento de outros. É o caso do Código Civil Brasileiro que há muito necessita de revisão no que diz respeito às populações LGBTQs (COSTA & NARDI, 2015).

As estatísticas que envolvem as pessoas LGBTQs são desestimulantes, pois, segundo a Rede Trans (2016), em todo o país,

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

foram contabilizados, só em 2016, cerca de 143 assassinatos, 52 tentativas de assassinatos, 12 casos de suicídios e 54 violações a direitos humanos, violências estas quase sempre ocultadas pela mídia e negligenciada pelos governos municipais, estaduais e federal. Nesse sentido a proposta de pesquisa justifica-se diante da relevância e da necessidade de estudos que contribuam para a discussão sobre gênero, o empoderamento e visibilidade da população LGBT e a LGBTfobia que os envolve. Por meio dos seus resultados pode-se planejar políticas públicas voltadas para esse público, bem como mapear as áreas de ocorrência.

Homofobia é uma violação do Direito Humano fundamental de liberdade de expressão da singularidade humana, revelando-se um comportamento discriminatório. As leis em vigor no Brasil ainda não preveem o crime de homofobia, mas a Constituição Federal de 1988 determina no Art. 3º, inciso XLI que "Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; e no Art. 5º, inciso XLI, que "a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais"(BRASIL, 1988).

Contudo, o Projeto de Lei nº 860, de 2019 altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, para definir e punir os crimes resultantes da intolerância, discriminação ou do preconceito por sexo, orientação sexual e identidade de gênero.

A proposta altera a lei que trata dos crimes de preconceitos de raça (Lei 7.716, de 1989) para acrescentar o sexo, a orientação sexual ou

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

a identidade de gênero no rol dos preconceitos sujeitos a punição legal. Além disso, prevê punição para quem criar obstáculo à promoção funcional, impedir o acesso ou recusar atendimento em estabelecimentos comerciais ou locais abertos ao público devido ao preconceito por homofobia ou transfobia. Ainda, também fica sujeito à punição quem induzir ou incitar a intolerância e quem impedir ou restringir a manifestação razoável de afetividade de qualquer pessoa em local público ou privado aberto ao público. A pena de prisão pode chegar a cinco anos, dependendo da situação.

Assim, observa-se o grande passo que a nação pode dar frente a uma questão que, por sua essência, já deveria ter sido questionada, resolvida e criminalizada. Tendo em vista a necessidade social de criminalizar e garantir direitos, o respeito ao próximo e o direito à vida devem ser tidos como pilares dentro dessa temática.

O retrato do Brasil pelas violências contra homossexuais, os dados apresentados sobre a interpretação e/ou entendimento do fenômeno homofóbico e homossexual, demonstram que o país ainda está tomado por desinformação e preconceitos em relação à homossexualidade.

Há um enorme desafio democrático a ser enfrentado, clamando pela construção de uma nova política educativa a partir da própria visibilidade do fenômeno: a compreensão dos direitos humanos, a proteção da vida, os direitos de igualdade, a educação para a sexualidade ou para as sexualidades. Direito Fundamental é garantia de uma sociedade democrática também na diversidade sexual, posto que “Todos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, afirmativa proclamada, no artigo primeiro da Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada pela Organização das Nações Unidas (1948).

UM RETRATO DO AGRESSOR: A VERDADEIRA FACE POR TRÁS DA VIOLÊNCIA

No que ocorre com os agressores sabemos que os crimes letais nem sempre identificam o assassino, o que normalmente acontece são depoimentos das testemunhas, que viram a vítima, que acaba criando a figura do “principal suspeito”. Já para os crimes não letais, a identificação do agressor e o grau de relação com as vítimas são conhecidas e passíveis de problemáticas, embora isto nem sempre ocorra. Ao utilizar os indicadores do SUS pode-se compreender que as principais formas de violência são agressões verbais ou ameaças de agressões (55%), seguidas pelas agressões físicas (15%), chantagem ou extorsões (11%), violência sexual (6%) demais métodos(3%) (BRASIL, 2008).

Esse novo ataque de violência contra homossexuais pode ser também interpretadas e debatidas com base em teorias feministas e de gênero, uma vez que os agressores são, normalmente, homens, jovens, heterossexuais, e parecem professar uma ideologia machista, patriarcal, retrógrada e antiquada, embora assumam determinadas nuances e expressões para cada segmento homossexual. O recurso da violência parece irromper quando a ideologia e a dominação masculina encontram-se enfraquecidas e deslegitimadoras, despontando como um

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

recurso para a anulação e a subordinação dos outros “inferiorizados” e “fracos” aos seus interesses e controle (MARTINS; FERNANDEZ; NASCIMENTO,2010).

O assassino e/ou agressor dos homossexuais varia de acordo com o cenário e identidade social mostrando diversas posições de sujeito na sociedade ao nos referirmos às vítimas,passando a conhecer as respectivas vulnerabilidades do público a ser atingido. Essa disputa entre o visível e a invisibilidade da experiência homossexual tem configurando diferentes posições de sujeitos diante da violência letal e não letal. Ao analisarmos casos atuais desse âmbito e ao relacionamos com pensamentos midiáticos é possível perceber que a família dos assassinados tende a ocultar a orientação homossexual da vítima, enquanto os sujeitos da violência não letal tende a buscar uma reclamação acerca dos seus direitos, aparecendo na sociedade virtual numa posição clara e assumida de sua orientação homossexual para denunciar a violação de seus direitos, contudo nem sempre são bem acolhidas ou divulgadas como atacadas nesse meio, tendo o seu caso “arquivado”. Vítimas, agressores e cenários compõem aspectos fundamentais de análises para sugerir os diferentes padrões culturais da violência homofóbica para identidade homossexual – gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros.

Ao associar fatores contemporâneos, vemos casos de heterossexuais assassinados apenas por serem confundidos com gays. Da mesma forma, no caso da violência não-letal, é comum a crítica e recusa a heterossexuais, sob forma de xingamentos e constrangimento, apenas

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

por se manifestarem a favor dos direitos das populações LGBTQ+. Esses eventos direcionam a uma hipótese de que há uma discriminação e violência exacerbada contra homossexuais, que se manifesta e atinge também os não participantes desse grupo.

Atrelado a isso, a violência possui várias formas de expressão, da simbólica à fatal, e tendem a reforçar o imaginário social com idéias, sentimentos e crenças coletivas. A violência homofóbica é também praticada pelos meios de comunicação, reforçando discriminações e preconceitos. Isso colabora para a veiculação e perpetuação de valores dominantes de intolerância, ampliando a vulnerabilidade social (MARTINS; FERNANDEZ; NASCIMENTO, 2010).

Ao realizar-se uma análise preliminar dos dados sobre violência contra esse grupo constata-se que é um conteúdo diversificado e complexo, devido principalmente a falta de estudos nacionais metodológicos e acadêmicos que possam ser utilizados como referências para posteriores comparações regionais, sociais e demográficas. A relevância desse estudo para as ciências sociais é de suma importância, haja vista a necessidade do pleno entendimento do meio e suas relações de conflitos para uma análise crítica da realidade, com isso poderemos assimilar e discutir o que permeia a ética atual.

Portanto, a negação da diversidade humana se manifesta através dos preconceitos, da discriminação e da violência. Nesse sentido, os preconceitos têm sua sustentação em bases afetivas e base não racional amparadas na desinformação, na ignorância, no moralismo, no conservadorismo e no conformismo. Isto é, na naturalização dos processos sociais. Tais determinações por estarem inscritas numa em

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

uma formação social e cultural poderão até explicar atitudes de discriminação, mas nunca justificá-las (GOMES; REIS; KURASHIGE, 2013).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set. 2013.
- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 40, n. 109, p.100-111, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 8; Série A – Normas e Manuais Técnicos, 131).
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.
- CABRAL, Vinicius. ORNAT, Marcio J. SILVA, Joseli M. As relações entre espaço, violência e a vivência travesti na cidade de Ponta Grossa – Paraná - Brasil. *Caderno Prudentino de Geografia, Presidente Prudente*, n.35, Volume Especial, p.118-135, 2013.
- CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBTT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 32, n. 3, 552-63, 2012.
- COSTA, Ângelo B.; NARDI, Henrique C.. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas em Psicologia*, [s.l.], v. 23, n. 3, p.715-726, 2015. Associação Brasileira de Psicologia.
- FISCHER, R. M. B. Mídia e juventude: experiências do público e do privado na cultura. *Cad. Cedes, Campinas*, v. 25, n. 65, p. 43-58, 2005.
- FRANÇA, Rebecka de; GOMES, Jean Claude de Souza; VIANA, João Paulo Teixeira. LGBTFOBIA, VIOLÊNCIA, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO: MAPEANDO A VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS LGBT'S NO RIO GRANDE DO NORTE. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, Natal, v. 5, n. 8, p.1-6, ago. 2016.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

GALVÃO, Jane. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Editora 34, 2000.

GOMES, Ana Maria; REIS, Aparecido Francisco dos; KURASHIGE, Keith Diego. A VIOLÊNCIA E O PRECONCEITO: As formas da agressão contra a população LGBT em Mato Grosso do Sul. Caderno Espaço Feminino, Uberlândia-mg, p.30-43, 2 jul. 2013.

KOEHLER, Sonia Maria Ferreira. HOMOFOBIA, CULTURA E VIOLÊNCIAS: A DESINFORMAÇÃO SOCIAL. Observatório de Violências nas Escolas – Unisal, São Paulo, v. 1, n. 26, p.129-151, 21 ago. 2013.

MARTINS, Marco Antonio Matos; FERNANDEZ, Osvaldo; NASCIMENTO, Érico Silva do. Acerca da violência contra LGBT no Brasil: entre reflexões e tendências. Seminário Internacional Fazendo Gênero, v. 9, 2010.

MOTT, Luiz et al. O crime anti-homossexual no Brasil. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2002. 180 p.

RAMOS, S.; CARRARA, S. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. Physis, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 185-205, 2006.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 22, n. 5, p.1509-1520, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO).

RYAN, C. et al. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. Pediatrics, Springfield, v. 123, n. 1, 346-52, jan. 2009.

SILVA, Matheus da; GUIMARÃES, Elisabeth da Fonseca. ESTUDO COMPARATIVO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS HUMANOS LGTB DO URUGUAI E BRASIL. Revista Sociais e Humanas, [s.l.], v. 30, n. 3, p.73-90, 30 dez. 2017. Universidade Federal de Santa Maria.

SENADO FEDERAL, Atividade Legislativa, Projeto de Lei nº 860, de 2019, <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/135327>>. Acesso em: 01 de maio de 2019.

TRANSGENERIDADES NA INFÂNCIA: UMA ANÁLISE SOBRE A SAÚDE MENTAL

Italo Constâncio de Oliveira¹

Larissa Emilly Fiusa do Monte²

Julianny Galdino Amorim³

Pedro Walisson Gomes Feitosa¹

Lucineide Coqueiro Gurgel⁴

Modesto Leite Rolim Neto⁵

¹ Acadêmiox de Medicina da Universidade Federal do Cariri

² Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

³ Médica pela Universidade Federal do Cariri

⁴. Mestranda em Políticas Públicas pela Atenas College University(Flórida)

⁵. Professor da Universidade Federal do Cariri

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

INTRODUÇÃO

Para discutir sobre transgeneridade na infância, faz-se necessário, em primeira análise, esclarecer sobre o que é uma pessoa transgênero e como esses indivíduos se percebem em meio ao seu contexto social, desde a autoidentificação do pertencimento ao gênero oposto do que lhe é estereotipado socialmente, até o momento em que há a transição para a realidade a qual, de fato, esses cidadãos julgam ser a adequada. Dessa forma, entende-se como transgênero uma pessoa que possui identificação com um gênero que não é associado à genitália de nascimento (SILVA et al., 2017).

Definido no Código Internacional de Doenças como “Transtorno de Identidade Sexual na Infância”, na categoria de condições relacionadas à saúde sexual, descreve-se a condição como “uma incongruência entre o sexo biológico e o gênero identificado em pré-púberes. Isso inclui um forte desejo em ser de um gênero diferente do sexo designado; uma forte angústia da criança pela sua anatomia sexual ou um forte desejo por caracteres primários/secundários do gênero correspondente ao desejado; e brincadeiras de faz de conta ou fantasia, brinquedos, jogos, ou atividades e colegas que sejam tipicamente associados ao gênero identificado em vez do sexo biológico. A incongruência deve persistir por, pelo menos, 2 anos. Comportamentos incomuns de gênero e preferências em si não servem de base para o diagnóstico” em tradução livre.

Na infância, quando inseridas em um contexto em que os familiares e as pessoas as quais elas têm contato lhes conferem um

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

estereótipo de “menina que usa vestido rosa e brinca de boneca” ou “menino que usa shorts azuis ou verdes e brinca de bola”, sentem-se deslocadas da realidade e não conseguem interagir com os sujeitos os quais estão ao seu redor por não se identificarem como estes o reconhecem e são consideradas “crianças esquisitas”, mas, na verdade, o que ocorre, é a reação à repressão, muitas vezes, inconsciente; assim, é comum que a Transgeneridade na Infância esteja vinculada ao uso de objetos que estejam associados ao gênero identificado pelo infante de forma escondida, para que, quando em posse desses artefatos, o comportamento da criança possa ser compatível a sua identidade (SILVA et al., 2017).

A identidade de gênero não é um fator que o indivíduo escolhe aleatoriamente em qualquer idade que ele sentir a necessidade de trocar, espontaneamente, de gênero, uma vez que, desde a infância é perceptível que a vida de uma pessoa transgênero é composta por diversos fatores que reprimem esses sujeitos, simplesmente, por não seguirem os padrões que lhes são impostos claramente por possuírem uma genitália associada ao gênero que não se reconhecem como integrantes (JESUS, 2010).

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Uma criança transgênero sofre traumas por, principalmente, ser discriminada em diversas situações devido à identidade de gênero que ela possui e desviar do que lhe foi imposto como correto desde o nascimento. A maioria dos ambientes que essas crianças estão inseridas

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

apresentam-se de forma hostil, pois, geralmente, as pessoas que estão em contato tentam impor o padrão tido como correto de família: pai, mãe e filhos (SARLET; REIS, 2018). Entretanto, há raras exceções em que a família consegue adaptar-se à realidade da criança transgênero e facilita o processo de transição de gênero, fazendo, dessa forma, que os traumas psicológicos oriundos de preconceito e violência sejam mitigados (SARLET; REIS, 2018).

A transgeneridade na infância é algo que está sob o plano social e jurídico, uma vez que essa forma se configura na melhor opção para garantir a saúde da criança para que ela possa desenvolver a sua personalidade e atividades comuns à idade. Na esfera jurídica brasileira e na de proteção internacional, é previsto no direito civil a atribuição de um novo significado para os direitos da personalidade, para que haja plena execução do direito à identidade e à autodesignação pessoal (SARLET; REIS, 2018).

É imprescindível que ofereça-se orientação clínica para profissionais da saúde atuarem da melhor maneira para auxiliar as pessoas transgênero e com variabilidade de gênero no processo de busca de adequação à realidade a qual compartilha da identidade desses cidadãos, a fim de realizar o processo de transição por um método seguro e que faça o paciente sentir-se confortável com todos os procedimentos não havendo, portanto, consequências psicológicas oriundas de traumas advindos de situações hostis por, primordialmente, convívio com profissionais providos de algum preconceito ou dissociados da ética médica. Nesse prisma, pode-se assegurar a saúde trans por um viés que, além de possuir uma alta qualidade clínica, possa

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

ser provido da execução da Declaração dos Direitos Humanos, garantindo a exímia execução da cidadania para todos (COLEMAN, 2012).

PERSPECTIVA BIOMÉDICA SOBRE A ORIGEM DA TRANSGENERIDADE

Segundo Diamond (2019), professor, em Manoa, no Havaí, de biologia, há relação entre a transgeneridade e a genética do indivíduo transgênero, essa vinculação deu-se devido ao estudo realizado pelo docente que compara gêmeos idênticos e não idênticos com o intuito de comprovar a sua tese. 30%, essa era a porcentagem de casos em que quando um dos gêmeos idênticos era transexual, o outro também era, uma vez que entre esses indivíduos há compatibilidade genômica. Contudo, esse fato não é padronizado para gêmeos não idênticos, ou seja, a presença de um genoma equivalente evidencia potencialmente a incidência da transexualidade (DIAMOND, 2013).

Outro panorama a ser analisado quando se trata da questão biológica da transgeneridade é que muitos estudos têm reforçado a notável disparidade existente entre os cérebros e as genitálias nesses casos. Para exemplificar, pesquisadores do Prince Henry's Institute of Medical Research executaram um estudo genético, altamente tecnológico, sobre a transexualidade, que afirma a existência de receptores hormonais os quais diferem de um indivíduo cis para um trans, esse fato é sustentado a medida que os hormônios são processados de modo discrepante nos transgêneros (HARE et al., 2012).

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

Mediante a posse das informações mencionadas, é muito válido disseminar a existência de estudos como os supracitados, para que, a sociedade, ao ter contato com essas informações, possa entender que a transgeneridade não é um fator aleatório e que com a repressão há a possibilidade de excluí-la da realidade, mas que existe a necessidade de conhecer sobre o assunto e atenuar os preconceitos existentes sobre a fito de evitar que a violência e os assassinatos que são dirigidos as pessoas transgênero possam se tornar uma prática obsoleta (HARE et al., 2012).

FASE DE (RE)CONHECIMENTO

A percepção de dissociação entre a genitália e o gênero identificado ocorre, em boa parte dos casos, ainda na infância, uma vez que essas pessoas, mesmo não explícito para outros indivíduos, recorrem, desde pequenas, a recursos os quais lhes conferem proximidade à autopercepção do gênero como, no caso, o uso de roupas, acessórios e comportamentos associados ao gênero que se identificam. Ademais, quando adultas, recorrem a transformações hormonais e cirúrgicas de pequeno e grande porte (redesignação sexual) para que o seu corpo esteja de acordo com a identidade (SILVA et al., 2017).

Ao utilizar-se dos artifícios que as insiram no gênero identificado, as crianças passam a concretizar sua sexualidade, enfrentando, no entanto, a repressão do meio social inserido e de si próprias, tendo que enfrentar o processo de aceitação pessoal – geralmente culpabilizando Deus – e aprovação pública, dos pais e dos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

componentes da escola. A repressão social muitas vezes induz as crianças ao isolamento, podendo repercutir na saúde mental ao envelhecer (KENNEDY, 2012).

CONDIÇÃO MENTAL

Vários estudos evidenciam que o índice de transtornos psiquiátricos tais como ansiedade, depressão e comportamento de ideação suicida é muito maior em indivíduos transgênero do que em indivíduos cisgênero. Questões como o preconceito vivenciado nos ambientes frequentados pela criança, lidar com a apresentação de caracteres sexuais indesejados ou até mesmo a genitália, além da menor oferta de oportunidades e maior evasão escolar são determinantes dessa realidade (ALMEIDA; VASCONCELOS, 2018). Nesse contexto, as crianças transexuais apresentam-se como alvos de preconceito, que posteriormente pode causar distúrbios de auto-percepção, tendo a família um papel crucial nesse momento: de aprovação ou condenação. (JOHNSON, 2019).

O aspecto social pode implicar em fatores importantes na auto-percepção do transexual. Isso se dá porque durante a construção da identidade e da personalidade na adolescência fatores externos tais como modelos exemplares e comentários sobre o indivíduo podem afetar o seu comportamento. Além disso, durante a puberdade o desconforto com o próprio corpo é comum, e essa perspectiva é agravada no contexto de uma criança que passa pela interrupção do comportamento

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

heteronormativo. Sob esse viés, a linha tênue entre um comportamento desviado e o transgênerismo é traçado, sendo um argumento de homens e mulheres que se arrependem da transição, que percebem que o ímpeto da juventude teve grande influência na iniciativa da hormonização (MARCHIANO, 2017). Até onde as crianças são homossexuais, transexuais, apenas diferentes e a partir de quando deve-se intervir são questões extremamente importantes que merecem maior embasamento científico para serem sanadas.

REFERÊNCIAS

- BURKE, Sarah M. et al. Hypothalamic Response to the Chemo-Signal Androstadienone in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *Frontiers In Endocrinology*, [s.l.], v. 5, p.1-10, 28 maio 2014. *Frontiers Media SA*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2014.00060>>. Acesso em: 14 maio 2019.
- COLEMAN, Eli et al. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. 7. ed. [s.i]: World Professional Association For Transgender Health (WPATH), 2012. 131 p.
- GHOSH, Shuvo. Gender Identity Disorders of Childhood. 2015. Disponível em: <<https://emedicine.medscape.com/article/917990-overview#a4>>. Acesso em: 12 maio 2019.
- HARE, Lauren et al. Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biological Psychiatry*, [s.l.], v. 65, n. 1, p.93-96, jan. 2009. Elsevier BV.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033>>. Acesso em: 14 maio 2019.
- KENNEDY, N. Crianças Transgênero: mais do que um desafio teórico. *Revista Cronos*, v. 11, n. 2, 28 nov. 2012.
- SARLET, Gabrielle Bezerra Sales; REIS, Laura da Silva. Notas sobre o transgênerismo infantil: uma análise sobre os limites da autonomia corporal das crianças na perspectiva dos direitos humanos e da constitucionalização do direito civil no atual contexto brasileiro. *Revista da Faculdade de Direito da UFRGS, Porto Alegre*, v. , n. 39, p.40-66, dez. 2018. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/revfacdir/article/view/84180/51643>>. Acesso em: 15 maio 2019.
- SHUMER, Daniel E.; NOKOFF, Natalie J.; SPACK, Norman P.. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances In Pediatrics*, [s.l.], v. 63, n. 1, p.79-102, ago. 2016. Elsevier BV.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>>. Acesso em: 15 maio 2019.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

SILVA, Ana Carolina Ferreira Silva Carolina Ferreira et al. Transgeneridade: uma análise da representação da identidade do eu e do estigma nas produções audiovisuais recentes. *Revista Ártemis*, [s.l.], v. 24, n. 1, p.132-142, 12 jan. 2018. Portal de Periodicos UFPB. <http://dx.doi.org/10.22478/ufpb.1807-8214.2017v24n1.35410>.

WHO, World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: HA61 Gender incongruence of childhood. 2018. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/344733949>>. Acesso em: 12 maio 2019.

CONNOLLY, Maureen D. et al. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal Of Adolescent Health*, [s.l.], v. 59, n. 5, p.489-495, nov. 2016. Elsevier BV.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>>. Acesso em: 15 maio 2019.

ALMEIDA, Cecília Barreto de; VASCONCELLOS, Victor Augusto. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo?. *Rev. direito GV, São Paulo*, v. 14, n. 2, p. 303-333, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322018000200303&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201814>.

JOHNSON, Brandon et al. Risk Versus Resiliency. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, [s.l.], v. 28, n. 3, p.509-521, jul. 2019. Elsevier BV.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.016>>. Acesso em: 15 maio 2019.

MARCHIANO, Lisa. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychological Perspectives*, [s.l.], v. 60, n. 3, p.345-366, 3 jul. 2017. Informa UK Limited.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/00332925.2017.1350804>>. Acesso em: 17 maio 2019.

SER HOMEM GAY: DEMANDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Victor Hudson Pereira Quirino¹

Lina Maria Vidal Romão²

Vinicius Gomes Mota³

Pedro Walisson Gomes Feitosa³

Izadora de Sousa Pereira⁴

Modesto Leite Rolim Neto⁵

¹ Acadêmico de Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio

² Mestranda em saúde pública

³ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Cariri

⁴ Residente em Pediatria pela Universidade Federal do Cariri

⁵ Professor da Universidade Federal do Cariri



SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

O cuidado com a saúde na esfera individual deve considerar as particularidades dos seres e como estes se relacionam entre si e com o ambiente. Segundo a OMS (2000), o gênero é uma variável que afeta o processo de saúde e desenvolvimento, assim como a sexualidade, as classes sociais, as questões raciais e o contexto local. Nesse capítulo, iremos abordar como o processo de se descobrir e reconhecer enquanto homem e enquanto gay interfere no processo saúde-doença dos indivíduos, apontando dificuldades e perspectivas sobre o cuidado da saúde desses indivíduos numa perspectiva pública e social.

MASCULINIDADES E A REPERCUSSÃO NAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À SAÚDE DO HOMEM

Ao identificar-se com o gênero masculino, o indivíduo desenvolve perfis de masculinidade, os quais são reflexos da sua forma de interagir em sociedade de acordo com as designações de gênero. A masculinidade será tratada, nesse contexto, segundo a definição normativa do termo – como uma norma social para o comportamento dos homens, ou seja, o conjunto de aspectos que os indivíduos devem ter para serem considerados homens nos padrões de uma sociedade conservadora.

De acordo com Connel (1995), existe um tipo de masculinidade hegemônica que se relaciona diretamente com o patriarcado, ao passo que institui as práticas de gênero com o objetivo de garantir a superioridade do masculino sobre o feminino. Essa masculinidade contrasta com a subordinada, onde o principal exemplo é a subordinação

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

do homem homossexual ao heterossexual, ocasionando um processo de exclusão social, cultural e política dos subordinados – em muito devido ao pensamento de que aquilo que foge do masculino e se assemelha ao feminino é inferior.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2018) nos alerta que:

A internalização, a reprodução e o culto a determinados modelos de masculinidade e a certos estereótipos de gênero em toda a sociedade, em geral e, em particular, neste segmento populacional, têm sido responsáveis por uma alta exposição a riscos desnecessários, taxas elevadas de morbimortalidade e, sobretudo, a exclusão da expressão genuína do cuidado (...) na vida desses homens.

O quadro de distanciamento do homem do cuidado com a saúde é agravado no caso do homem gay devido aos efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença da população LGBT (BRASIL, 2012). Portanto, as propostas de saúde para essa população devem levar em consideração as particularidades dos estímulos nocivos sofridos por ela, iniciados desde à descoberta da sexualidade e gerando consequências que se perpetuam na vida adulta, sendo determinantes no processo de morbimortalidade.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS DA DESCOBERTA DA SEXUALIDADE

Quando buscamos entender sobre a sexualidade humana é comum nos depararmos com uma variedade de definições, isso se deve ao fato de que a percepção de cada autor está diretamente relacionada às suas crenças e padrões sociais atuais. Porém, mesmo diante de tantos conceitos observa-se que há uma concordância na afirmação de que a sexualidade constitui um elemento intrínseco do ser humano, sendo assim, numa visão ampla, podemos definir sexualidade como um aspecto profundo da personalidade humana, seus sentimentos e comportamentos, onde a mesma para que seja compreendida não deve ser analisada de maneira isolada, mas sim levando em consideração o indivíduo como um todo (GARCIA, 2003; BRÊTAS *et al.*, 2007).

O processo de descoberta da sexualidade é marcado, na fase da pré-adolescência, pelo baixo interesse na sexualidade, quando as informações e mitos sobre o assunto são adquiridos primeiramente através da família, seguido pelos amigos e escola. A exploração dessa sexualidade inicial tem seu caminho determinado de acordo com a evolução e a maturidade do ser e se expressa de diferentes maneiras. A princípio, é comum que haja uma repressão dos desejos sexuais, principalmente se os primeiros contatos não corresponderem às expectativas do indivíduo. Aceitar a si mesmo sem envolvimento afetivo é um dos passos mais comuns na adolescência inicial e intermediária, a escolha da preferência sexual afetiva é uma etapa que requer do indivíduo uma postura mais integrada no que diz respeito à sua

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

sexualidade, visto que dependerá de suas vivências, sejam elas sexuais ou não (COSTA *et al.*, 2001).

O componente familiar também é determinante na saúde do homem gay, especialmente na realidade brasileira, onde a homossexualidade é reprimida socialmente devido á crenças sociais e religiosas. Nesse contexto, adquirir respeito e aceitação da família e da sociedade em geral é uma etapa repleta de sofrimento para o indivíduo que se reconhece como homem gay, visto que se comportar diferente dos padrões vigentes da sociedade e não receber apoio familiar gera diversos sentimentos psicologicamente nocivos, desde o medo da rejeição até mesmo ao medo de sofrer abandono familiar. (COSTA *et al.*, 2001; Manual de Atenção à Saúde do Adolescente, 2006).

A religião é outro fator-influência no processo de descoberta da sexualidade, tendo em vista que em uma sociedade religiosa as decisões tendem a ser tomadas de acordo com seus dogmas, e práticas que vão de encontro a essas crenças são sistematicamente reprimidas. Por muito tempo (e até os dias atuais) a religião ocidental condenou práticas pertinentes à descoberta da sexualidade, como por exemplo: masturbação, sexo oral e anal, visto que vão contra os preceitos dogmáticos devido à essas ações não serem de caráter procriativo, corrompendo a sociedade e ameaçando a perpetuação da espécie humana. A família como instituição social tem o papel de repassar os valores éticos e morais, porém, estudos apontam que os jovens são desprovidos de informações sobre a exploração do corpo e sexualidade, visto que ao questionarem seus familiares sobre determinados assuntos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

obtem respostas como “isso é feio”, “isso é pecado”, “sexo só quando casar” (CANO *et al.*, 2000).

SAÚDE DO HOMEM GAY NO ÂMBITO NACIONAL E MUNDIAL – DADOS E ANÁLISES

O direito à vida é questão primária na discussão sobre a saúde da população gay a nível mundial, tendo em vista que em alguns países a homossexualidade ainda é punida com morte (Irã, Afeganistão e outros). Além disso, nos países com legislações mais progressistas como o Brasil, onde a liberdade sexual é legalmente assegurada, a sociedade ainda nega o direito à vida para essa população através dos crimes de ódio relacionados à homofobia, cada vez mais frequentes. (ILGA, 2019)

No Brasil, não existem relatórios oficiais específicos de mortalidade de LGBTs, o que dificulta a quantificação dos novos casos de homicídios relacionados à homofobia. Entretanto, pesquisas não oficiais de grupos como o Grupo Gay da Bahia (GGB) apontam que o Brasil é líder em registro de casos desse tipo de crime no mundo, com destaque para a região Nordeste e Sudeste, onde são mais frequentes, e predominando homens e gays - 45% das mortes relacionadas à homofobia em 2018. (GGB, 2018)

Partindo para a discussão sobre as principais comorbidades que atingem a população gay, a saúde mental se mostra como uma das áreas mais afetadas pelos determinantes sociais do processo saúde-doença da população LGBT, levando a conseqüências como o uso de medicações em longo prazo e suicídios. Segundo pesquisa americana, os jovens que se identificam como gays, lésbicas e bissexuais tem um risco cinco vezes

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

maior de tentativas de suicídios que os heterossexuais da mesma faixa etária. (HATZENBUELER, 2011)

Trazendo a discussão para o contexto brasileiro, o GGB identificou uma frequência quatro vezes maior de suicídios por LGBTQs ao comparar os anos de 2016 (24 casos) e 2018 (100 casos). Ao analisar os dados referentes ao ano de 2018, constata-se que 60% desses são homens gays, seguidos de lésbicas (31%), transexuais (6%) e bissexuais (3%) (GGB, 2018). Entretanto, acredita-se que os números de suicídio sejam bem maiores que os presentes nos dados que são emitidos, tendo em vista a prevalência da subnotificação nesses casos.

Das causas infecciosas de doenças, o vírus HIV ainda é um importante determinante na morbimortalidade ao falarmos em saúde pública. No Brasil, a principal causa de morte por doenças infecciosas foi por complicações da doença pelo HIV em 2014, em uma taxa na população masculina (10/100.000) que é correspondente ao dobro da mesma ocorrência na população feminina (5/100.000 habitantes) (BRASIL, 2018). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Bissexuais, Gays, Transexuais e Travestis (2013) aponta possíveis motivos para que a maior parte desses homens serem gays:

A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para os gays o destino do exercício clandestino da sexualidade. Essa situação os leva a frequentar lugares e situações desprovidos

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

de condições favoráveis à prevenção de doenças.

Ademais, os principais fatores determinantes na falta de resolução dos processos de adoecimento do homem gay são o preconceito e a falta de informação presentes nos serviços de saúde. O acolhimento ineficaz, a falta de atenção integral e o preconceito afastam o indivíduo do atendimento na atenção básica, limitando o acesso à outros níveis de atenção à saúde e prejudicando o processo de inserção social que a saúde comunitária promove.

SAÚDE DO HOMEM GAY: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA UMA ATENÇÃO BÁSICA QUE SEJA INTEGRAL

A atenção à saúde pelos serviços públicos brasileiros deve ser pautada na integralidade, equidade e universalidade, sendo estes os princípios de funcionamento das redes de atendimento. Integralidade é definida como o conjunto de atividades realizadas pela equipe de saúde que atendam às necessidades no campo do cuidado, da promoção e da manutenção da saúde, reconhecendo para isso necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais dos usuários, manejando as diferentes tecnologias disponíveis para esse fim. (BRASIL, 2017)

A população LGBT brasileira conta com o apoio de programas como o “Brasil sem Homofobia” e com a Política de Assistência Integral à Saúde da População LGBT. Mesmo com esses avanços legais, ainda é comum essa população enfrentar diversos tipos de violência e discriminações. No contexto do acesso à saúde não é diferente, visto que

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

o mesmo é marcado por obstáculos, desde ofensas verbais, constrangimentos, condutas inadequadas, atendimento discriminatório, ou até mesmo a negação do atendimento por parte da equipe de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Mesmo com os programas sociais e as políticas públicas voltadas para a saúde da população LGBT, muitos desses brasileiros estão expostos à situações de vulnerabilidade, dentre as quais podemos citar: condições socioeconômicas precárias, problemas psicológicos adquiridos durante o processo de descoberta da sexualidade e aceitação por parte da família e da sociedade, uso de drogas, exploração sexual e exposição às DST's. Sendo assim, visando uma atenção multiprofissional, o papel dos psicólogos e assistentes sociais é de extrema importância, visto que, esses profissionais atuando de maneira articulada são capazes de minimizar os danos ocasionados por essas situações de vulnerabilidade e reintegrar na sociedade esses indivíduos afetados (BELLENZANI E MALFITANO, 2006; POCAHY E NARDI, 2007; SOARES *et al.*, 2010; GONÇALVES E. F. M., 2017).

Para modificar esse panorama, faz-se necessário eliminar o preconceito através da educação dos profissionais de saúde sobre as particularidades desse grupo, atitude que pode resultar em um processo de maior aproximação do homem gay dos serviços de saúde. Além disso, a violência urbana e familiar contra os LGBTs deve ser combatida pelos órgãos de segurança, para que a violência contra os homens gays não seja mais um importante agravo na saúde dessa parcela da população.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

As modificações na forma como a saúde do homem gay é encarada e manejada pelos serviços de saúde, no entanto, devem ser acompanhadas de uma transformação social que permita a construção de um cenário onde essas mudanças possam acontecer. Em um país duramente marcado pela LGBTfobia, onde é necessário que se lute por um processo de criminalização desse preconceito frente às inúmeras violências sofridas por esses indivíduos, as mudanças relacionadas à saúde são um importante passo para o reconhecimento das vidas e das identidades dos gays brasileiros.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 516-524, 2013.
- BELLENZANI, Renata ; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Juventude, Vulnerabilidade Social e Exploração Sexual: um olhar a partir da articulação entre Saúde e Direitos Humanos. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], p. 115-130, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Perfil da Morbimortalidade Masculina no Brasil. Brasília: MS, 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: MS, 2012.
- BRASIL. Manual de Atenção à Saúde do Adolescente. São Paulo: [s. n.], 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. A Percepção de Adolescentes sobre Sexualidade. *Revista Mineira de Enfermagem*, [S. l.], p. 446-452, 2007.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

CANO, Maria Aparecida Tedeschi ; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; GOMES, Romeu. Sexualidade na Adolescência: Um Estudo Bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, p. 18-24, 2000.

CONNELL, R.N. Masculinidades. Cambridge, Reino Unido: Polity Press, 2002.

COSTA, Maria Conceição O et al. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 77, p. 217-224, 2001.

GARCIA, Antonio Miguel. Orientação sexual na Escola: Como os professores, alunos e pais percebem a sexualidade e o papel da escola na orientação sexual. Orientador: Profª Drª Mara Alice Fernandes de Abreu. 2003. 138 f. Dissertação (Mestrado em Educação para Ciência) - Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, Bauri, 2003.

GRUPO GAY DA BAHIA. Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil. Bahia: 2018.

HATZENBUEHLER , Mark L. The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. Pediatrics , Nova York, p. 896-903, 20 jan. 2011.

MAP – SEXUAL EDUCATION IN THE WORL. ILGA. Disponível em: <<https://ilga.org/ilga-map-sexual-orientation-laws-2019>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

POCAHY, Fernando Altair ; NARDI, Henrique Caetano. Saindo do armário e entrando em cena: juventudes, sexualidades e cena: juventudes, sexualidades e vulnerabilidade social vulnerabilidade social. Estudos Feministas, Florianópolis, p. 45-66, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. What about boys? - A literature review on the health and development of adolescent boys. Suíça: 2000.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública

A saúde é um direito
Que não pode ser negado,
Não importa cor e raça
Nem o gênero adotado,
A orientação sexual
E o nome social
Merece ser respeitado.

A equipe de saúde
Cabe mais preparação
Melhorar o acolhimento
Garantir a inclusão,
Pra tratar LGBT
É preciso ter saber
E muita dedicação.

O atendimento começa
Pondo fim ao preconceito,
Ouvindo suas demandas
Entendendo “autoconceito”,
Para assim orientar
Assistir ou medicar
Com um trabalho perfeito.

O cuidado com LGBT

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQ+
Iniquidades em saúde pública

Não exige especialidade,
Exige compreensão
Das suas necessidades
E de todas a principal
Talvez a saúde mental
Seja a prioridade.

A exclusão social
Causa adoecimento,
A família não aceita
Angustia e sofrimento,
O papel do profissional
E também institucional
É permitir o acolhimento.

Essa não é uma luta
Pois quem luta pode perder
Esse é um direito
Da saúde LGBT
E todos irão ganhar
Se você se dedicar
Estudar e compreender.

*“Saúde LGBTQ+” de
Sally de França Lacerda Pinheiro
Professora da Universidade Federal do Cariri e Cordelista*

 **Atena**
Editora

2 0 2 0