



CARTILHA LGBTQIAP+ NA CONSTRUÇÃO DO CORPO E MENTE DOS SUJEITOS



CARTILHA LGBTQIAP+

Adentrar nesse universo é conhecer as inúmeras multiplicidades de vivências de cada um dos grupos que compõem essa comunidade. Olhar para esses sujeitos é permitir que a vida seja valorizada diante de todos os nossos princípios doutrinários propostos pelo SUS: integralidade, equidade e universalidade. O berço desse acolhimento está na preparação dos nossos profissionais que seguirão na linha de frente do combate a discriminação dentro dos serviços de saúde, fazendo impregnar a responsabilidade coletiva de ofertar o cuidado sem conceitos preconcebidos de modo equivocado. O conhecimento retira o véu do que, por vezes, sequer foi dada a oportunidade de se aprofundar e permeia o cenário ideal para promover ainda mais qualidade na existência subjetiva do outro. A sexualidade, em todas as esferas de discussão, incluindo as orientações sexuais e identidades de gênero, caminha junto a humanidade e faz-se necessário quebrar os tabus e desatar os nós que foram construídos a partir de uma sociedade que negligenciou parte dos seus para seguir apostando em um modelo heterocisnormativo. Não se trata aqui de imposições, mas de uma aposta de construção coletiva em prol da diversidade e da compreensão de suas nuances.

Miguel Soares de Brito Júnior

Coordenador do ambulatório LGBTQIAP+

SUMÁRIO

01. CONCEITOS FUNDAMENTAIS SOBRE A SEXUALIDADE HUMANA E O SEU DESENVOLVIMENTO
02. ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEXUALIDADE
03. SAÚDE INTEGRAL A POPULAÇÃO LGBTQIAP+
04. CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL DA COMUNIDADE LGBTQIAP+
05. DOS CONTEXTOS POLÍTICOS AOS DIREITOS CONQUISTADOS
06. BIOÉTICA NO CUIDADO INDIVIDUALIZADO

COLABORADORES

João Vitor Lubanco Leal Barros

Graduado em psicologia - Institutos Superiores de Ensino do CENSA (ISECENSA)

Pós-graduado em Psicologia Jurídica - FAVENI

Pós-graduando em Terapia Cognitivo-Comportamental - PUCRS

Miguel Soares de Brito Júnior

Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Psicólogo pela Universidade Federal Fluminense. Doutorando em Psiquiatria pelo IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Pós-graduado em Terapia Cognitivo Comportamental e em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica pelo CBI OF MIAMI. Pós-graduado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Pós-graduado em Psiquiatria pela CENBRAP.

Quéfrem Artur de Freitas Vieira

Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Jornalista pela Universidade Federal de São João del Rei. Pós-graduado em Infectologia pela Afya Educação Médica.

Thuanny Alves Fonseca Tavares

Assistente Social pela Universidade Federal Fluminense. Pós-graduada em Gestão de Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense. Pós-graduada em Gestão do SUAS pela UCAM-PróMinas. Pós-graduada em Educação e Direitos Humanos pela FAVENI.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS SOBRE A SEXUALIDADE HUMANA E O SEU DESENVOLVIMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a saúde sexual como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação a sexualidade, desde que respeitando as singularidades e direitos de cada sujeito envolvido e ainda reconhece que não se trata meramente da ausência de doença ou disfuncionalidade.^{7,12,16}

Sexualidade é definida como sendo um aspecto central da realidade dos sujeitos, englobando corpo, sexo, identidades, papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade, interações afetivas e reprodução. É vivenciada de modos diferentes e influenciada pela interação de múltiplos fatores que vão desde o âmbito pessoal até as conjunturas sociopolíticas e religiosas.^{7,12}

Práticas sexuais são os atos de transar, copular, procriar, ter prazer. Na contemporaneidade, apesar de todos os avanços no campo das discussões sobre saúde LGBTQIAP+, ainda são observadas imposições acerca do “ato padrão”, envolvendo um homem e uma mulher. Porém, compreende-se que tais práticas são meios de comunicação sobre os desejos individuais, expondo a fragilidade dessa estrutura social heterocisnormativa (padrão heterossexual e cisgênero – pessoa que tem atração pelo sexo oposto e pessoa que se identifica com o gênero designado ao nascimento, respectivamente).^{7,12}

Sexo biológico é referenciado como padronização de características físicas de acordo com os parâmetros da biologia que explicita animais, vegetais e até fungos. Entre os humanos são utilizados os cromossomos, os hormônios, a genitália e os caracteres sexuais secundários para estabelecer as definições de masculino, feminino ou intersexo (estados atípicos). Há então inúmeros sexos, a se apresentar: cromossômico, genital, gonadal, fenotípico e cerebral.^{7,12}

Gênero é uma dimensão social e histórica de construção e compreensão dos conceitos de masculinidade e feminilidade. Envolve papéis, comportamentos, responsabilidades,

oportunidades, fluxos políticos, atividades e organização das relações. Apesar de interagir com o sexo biológico, o extrapola.^{7,12}

- **Papéis sociais de gênero** são as expectativas sociais de comportamentos, atitudes, funções e ocupações de espaços, bem como responsabilidades e atribuições ligadas à masculinidade ou feminilidade. Sabe-se que esse conceito sofreu modificações e flexibilizações importantes nos últimos anos, desconstruindo a ideia de que mulheres seriam encarregadas da casa e dos filhos, enquanto os homens ocupavam os serviços e setores externos.
- **Gênero designado** segue a visualização do sexo no ultrassom ou nascimento e, logicamente, a genitália ambígua torna-se um entrave, visto que não segue essa ótica da binaridade (homem x mulher).
- **Expressão de gênero** é a forma como a pessoa se apresenta socialmente, incluindo roupas, cabelo, modo como se manifesta fisicamente, incluindo acessórios, cosméticos, nomes e padrões comportamentais. Pode ser alterada a critério de cada um, bem como depende do momento histórico e cultural de cada tempo.
- **Identidade de gênero** trata da convicção de cada um a respeito do seu reconhecimento sobre ser homem, mulher, algo entre esses dois gêneros ou algo fora dessa binaridade. Pode corresponder com o sexo do nascimento (cisgênero) ou não (transgênero). A transexualidade abraça diferentes corpos, histórias e sujeitos que se reconhecem diferentes do gênero que lhe incumbiram socialmente a partir do reconhecimento inicial de sua genitália ao nascer.

Orientação afetivo-sexual, segundo a OMS, é a atração física, romântica ou emocional por outras pessoas, sendo dividida em romântica (relacionada ao amor e a paixão), sexual (manutenção de relações físicas e à excitação) e afetiva (manutenção de vínculos e troca de afetos).^{7,12}

- **Heterossexuais** sentem atração por gêneros diferentes do seu.
- **Homossexuais** sentem atração pelo mesmo gênero.
- **Bissexuais** sentem atração por mais de um gênero.

- **Pansexuais** sentem atração por pessoas independente do gênero.
- **Assexuais** sentem pouca ou nenhuma atração ou desejo sexual pelo outro.

DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO

Já foi abordado aqui que identidade de gênero compreende a convicção de um indivíduo no seu auto reconhecimento em relação ao gênero, fugindo de um contexto puramente da binaridade, ou seja, ela é sempre AUTO-REFERIDA e não apenas homem ou mulher. A gênese e o desenvolvimento dela não depende de um único aspecto, mas de uma multifatorialidade, englobando esferas psicológicas, biológicas, sociais, culturais e outras. Não tão distante na história dessas discussões, a datar por volta da década de 1990, imperavam ideias psicológicas acerca dessa explicação tão buscada por inúmeras pesquisas científicas, porém, tais abordagens não davam conta de justificá-la para além de um entrelaço com a lógica heteronormativa e cisgênera.^{7,12}

O que se espera das crianças?^{7,12}

3-4 meses: capacidade de reconhecer rostos masculinos ou femininos.

7 meses: diferenciam as vozes.

18-31 meses: verbalizam e brincam com que escolhem a partir das associações entre o que “seria de meninos ou de meninas”.

4-6 anos: percebem a estabilidade do seu gênero.

6 anos: separam as pessoas entre aquelas parecidas com elas e aquelas diferentes, em busca de uma ordem que as ajude a reconhecer as suas experiências.

Adolescência: flexibilização dessas regras inflexíveis.

As influências: ^{7,12}

	<p>Já a construção histórica social formatou-se de diferentes modos ao longo dessa jornada, sendo o gênero um referencial impresso nas relações entre os sujeitos, do qual se espera socialmente por comportamentos, estereótipos e uma dada expressão</p>
--	--

HISTÓRICO-SOCIAIS	<p>a depender de cada corpo que é sexualizado e demarcado biologicamente a priori e posteriormente a partir da autocompreensão de cada indivíduo. Leva-se aqui em consideração todos os aspectos que envolvem a expressão desse gênero, os papéis sociais envolvidos, bem como as múltiplas influências orgânicas nesse interim. Reduzir o gênero aos órgãos genitais torna-se, portanto, desconsiderar a construção das identidades e influencia negativamente no bem-estar individual e coletivo, reforçando preconceitos.</p> <p>O gênero está presente desde antes do nascimento na vida dos sujeitos. Espera-se a partir da descoberta do sexo biológico, que aquele que nascerá, cumpra com as expectativas criadas e reforçadas socialmente para aquele.</p>
BIOLÓGICAS/ORGANICISTAS	<p>Nesse ponto dita-se sobre a interação entre a ação hormonal dos hormônios sexuais, genética e circuito cerebral. Sabe-se que a diferenciação genital ocorre no primeiro trimestre da gestação, a cerebral no segundo e por fim a diferenciação hormonal. Assim, esse processo ocorre de modo independente, em momentos distintos, podendo gerar eventos complexos na sua fusão de identidade futuramente. Essa influência hormonal se dá especialmente pela testosterona, que é transformada em estradiol pela aromatase gerando os efeitos no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central no sexo masculino. O cérebro no sexo feminino não passa por esse processo, visto que a testosterona não é produzida pelas gônadas femininas. Ainda é relatado que uso de alguns</p>

	<p>medicamentos como fenobarbital e fenitoína interferem nesse processo. O principal pico de interferência está na fase organizacional, ou seja, na perinatal. Sendo que alguns estudos dialogam sobre a possibilidade de na puberdade essa interação/interferência ocorrer novamente a nível cerebral – seria a fase antivacional.</p> <p>Válido destacar que a diferenciação cerebral e gonadal se dá pela presença do gene SRY, no cromossomo Y. A genitália é inicialmente indiferenciada, com potencialidade para se desenvolver em ambas. Na presença do gene há diferenciação para testículos, e na sua ausência diferenciam-se as gônadas femininas. Entende-se ainda a influência poligênica nesse cenário.</p> <p>Destaca-se aqui que apesar de todas as diferenças entre os cérebros masculinos e femininos (tamanho dos ventrículos, volume, espessura cortical), não há relações causais diretas. Há mais aspectos funcionais relacionados às identidades de gênero, ou seja, semelhanças funcionais entre pessoas cis e trans que compartilham da mesma identidade de gênero.</p>
--	---

DESENVOLVIMENTO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

Estudos dialogam que os primeiros indícios da orientação sexual surgem por volta da era da adolescência e que estaria em torno dos 10 anos. Argumenta-se sobre sua multifatorialidade, porém, reforça-se que apesar da possibilidade de influência biológica, essa particularidade não pode ser vista com o vislumbre da mudança, ou seja, não se transforma a partir de um processo curativo, regulador ou impositivo.^{7,12}

É PRECISO FRISAR: não há influências acerca de tratamentos médicos ou de conversões, psicoterapias com intuito também curativo ou imposições familiares, bem como **NÃO É UMA ESCOLHA OU OPÇÃO.**

IDENTIDADES DE GÊNERO E SEXUAIS DIANTE DA CULTURA

Tudo o que está sendo discutido nesse material está englobado na dinâmica social e por isso demanda que a compreensão passe pela nuance de que cada sujeito ao longo da sua história e da sua vivência com a sexualidade vá encontrando traços dos quais se identifica e dos quais se repele. Logo, o sexo, o gênero, os papéis sociais e o próprio corpo sofre influências de diferentes modos a partir da socialização e do conhecimento de mundo adquirido ao longo dos anos. Os corpos já representaram na história da humanidade um único gênero, passando a se dividirem em dois a partir da tentativa de se explicar as fragilidades do corpo feminino em detrimento do masculino, enaltecendo esse último e colocando esse primeiro em um posto de hierarquia inferior, justificando a ascensão do homem e a submissão ou a incapacidade da mulher para alguns feitos. É somente no século XX, com a psicanálise, e os estudos feministas que essa construção volta a ser questionada de modo a colocar em pauta o orgânico apenas como um ponto dentro de uma imensidão de outros fatores que estariam relacionados ao gênero.^{7,12,15,17,19}

- **Crossdressing, transformistas e drags:**

Crossdressing se refere às pessoas que se vestem com roupas que demarcam socialmente o gênero oposto ao que elas se identificam. O termo drag se destina a quem interpreta/performa o gênero feminino, sendo interpretada como uma forma de arte que data desde 1930. Podemos aqui incluir pessoas trans, especialmente pela possibilidade delas transitarem nesse universo de modo mais público (especialmente no passado diante da historicidade preconceituosa).¹²

- **Travestis:**

Termo muito cunhado especialmente na América do Sul, com forte influência no que tange às desigualdades sociais e que passou por inúmeros processos conflituosos na sua identificação e visão social. Enquanto a mulher trans possui uma inclinação dentro

da binaridade homem x mulher, as travestis reivindicam o seu direito de viver dentro do universo feminino, mas rompem com essa ideia binária. Não se deve considerar que o sofrimento psíquico esteja extinto nessas pessoas diante da presença de um pênis, visto que apesar desta quebra de apego a binaridade, estar no espectro do feminino é um ponto de busca e afirmação dessa identidade.¹² É uma identidade feminina e portanto os pronomes que devem ser usados são femininos.

ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEXUALIDADE

A história da sexualidade se mistura com a da ciência e com a medicina, que não tem em sua base a neutralidade e foi sendo transformada a partir das mudanças nas visões de mundo, desde o misticismo até o discurso científico do método positivista. A religião nesse interim ocupa um espaço importante nas discussões sobre a sexualidade, permeando diferentes abordagens e inclusive compreendendo a homossexualidade de modos diversos.^{7,12,15,17,19}

No século XIX o Iluminismo exerce influência na formação dos Estados, influenciando a medicina e colocando-a em posição de desconstrução frente ao poder da Igreja, ainda que estando atrelada ao cunho social, político e cultural. Esse poder ofertado ao aparato médico culminou na categorização do comportamento humano e propiciou em paralelo teorias que colocaram em choque civilizações, como a eugenista. Assim, a medicina criou o termo “perversão sexual” enquadrando todas as práticas tidas como disfuncionais à época, ou seja, todas que não seriam consideradas “normais”.^{7,12}

No século XX, com suas múltiplas influências, questiona-se a superioridade da cultura ocidental marcada pelos aspectos heteronormativos, monogâmicos, religiosos e patriarcais, escancarando que os “desvios sexuais” deveriam ser revistos e reavaliado o discurso médico acerca do que seria considerado normal ou patológico. O Brasil sofreu com esses resquícios eugenistas, levando ao embranquecimento da população, ao processo de imposição cultural aos indígenas, bem como compôs disciplinas nas universidades médicas do país.^{7,12}

Michel Foucault (1988) associa corpo e sexualidade a produções de poder, de saber e discursiva. Essas conduzem ao favorecimento dos que detém o poder central, desconsiderando aqueles que estão à margem desse, bem como produzindo anulações de discursos e de lutas. Já a contemporaneidade tenta desconstruir o corpo apenas pelo viés biológico, fundamentando-se em problemáticas que discutem o mesmo como sendo produto de meios culturais, sociais e variados. Porém, ainda assim, o ânus, tão

esquecido e restrito a um órgão excretor, continua sendo visto desse modo restritivo e não em sua máxima amplitude. Deleuze e Guattari inclusive valorizam a ideia de que as práticas sexuais e a sexualidade em seu conceito mais alargado ocorrem com gêneros e corpos e não com órgãos unicamente funcionais, necessitando de um contexto e troca.

7,12,15,17,19

A **Teoria Queer**, com surgimento na década de 1980, ampliou as produções técnicas e o ativismo de gays, lésbicas e até do feminismo, auxiliando a desconstruir normas sociais e sexuais, entendendo as identidades como variáveis no ato de performar os diferentes papéis sociais. Produz um estranhamento nas visões sobre corpo e sexualidade, colocando pontos de interrogação em conceitos de identidades tidas normais ou desviantes. Defende a não existência de uma identidade estática, enaltecendo que essas não são determinadas biologicamente e de modo inato.¹²

Ao longo dos anos, inúmeros estudos e livros sobre a sexualidade foram publicados no campo da medicina, da psicologia e da saúde mental. O primeiro livro médico sobre a temática foi “Inversão Sexual” de 1896 cujo autor, Havelock Ellis, descrevia a homossexualidade como um comportamento, afastando-a de um olhar discriminatório ou vista como transtorno. Porém, foi com a epidemia de HIV/AIDS que os homossexuais, transexuais e demais públicos retornaram ao posto de culpabilização e se tornaram o rosto estampado das práticas sexuais vistas como anormais, bem como atrelados a um problema de ordem pública. Isso culminou na discriminação desses até hoje, especialmente quando ainda se associa LGBTs a Infecções Sexualmente Transmissíveis.^{7,12}

Entende-se que algumas áreas e interfaces entre diferentes constructos acadêmicos e sociais permitiram que setores da medicina e da psiquiatria assumissem uma queda de braço contra a discriminação e o conservadorismo, especialmente ao adotarem uma postura de oposição de que as práticas sexuais não heteronormativas estariam fadadas a serem tidas como disfuncionais. Hoje há uma busca evidente na desconstrução do aspecto de normalidade, compreendendo a sexualidade, a identidade de gênero e as orientações sexuais como peças de um contexto muito mais amplo de complexidade do ser humano.

DESPATOLOGIZAÇÃO E RESPEITO A ALTERIDADE

As práticas homoeróticas estão presentes na história da humanidade desde a antiguidade, incluindo os papéis nas práticas sexuais sendo definidos a partir do status social entre os homens, cursando com a garantia de eficiência militar e liberdade cívica. Após a queda do Império Romano e na Idade Média florescem a repressão e adota-se a Igreja como reguladora dessas vivências, transformam o coito anal no segundo pior pecado, criminalizando-o.^{7,12,15}

Ao longo do século XIX pessoas LGBTQIAP+ eram banidas para manicômios, cujas condições de vida eram insalubres, bem como sofreram com a patologização do discurso médico impondo o conceito de homossexualismo, dando a inclinação de considerar a orientação sexual desviante das normas sociais como uma doença a ser tratada e/ou repelida. O sufixo “ismo” carrega consigo esse estigma: homossexuais estão doentes. Apenas em 1973 o item é retirado do DSM-II e em 1985 retira-se pelo CFM a homossexualidade da lista de patologias. Os posicionamentos da ONU e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ocorreram entre 1990 e 1992. Com o CID-11 dissolve-se a compreensão da orientação sexual como doença de modo que as duas menções na nova publicação remetem a outras nuances, como aconselhamento e contexto de brigas e agressões.^{7,12,15,17,19}

No que tange às questões relativas à transexualidade, a história nos mostra que a retirada do termo “transexualismo” ocorreu mais tardiamente, datando de 2013 com o DSM-5, deixando de considerá-la uma doença. Em contrapartida, mantém a disforia de gênero como diagnóstico que descreve o sofrimento causado por conta da não identificação com o gênero do nascimento. Assim, desenha-se um novo processo de desconstrução e de luta para a retirada desse conceito no manual dos transtornos mentais, ou seja, ainda que não seja diretamente definidor da transexualidade, o fato de se atrelar a ela pode ser ainda estigmatizador. No CID-11 o termo equivocado torna-se “incongruência de gênero” e sai do campo dos transtornos e segue para a sessão de medicina sexual.¹²

No que tange ao intersexo, sabe-se que vários conceitos e termos já foram utilizados para se referirem a essas pessoas, inclusive “hermafroditismo”, abolido e substituído pelo “distúrbio do desenvolvimento sexual” antes do que se conhece hoje. As referências que remontam a década de 1960 e 1970 associam essa identidade à necessidade de intervenção cirúrgica e geralmente para o gênero feminino, por questões menos problemáticas e mais fáceis de serem cirurgicamente moldadas. Ainda hoje há procedimentos precoces e sem o consentimento daqueles que vivenciam todas as nuances da questão do intersexo.¹²

VULNERABILIDADES E O SOCORRO À SAÚDE

Esse termo engloba as construções de fragilidades dos sujeitos frente às suas singularidades e aspectos culturais e sociais. Favoreceu, ao longo dos anos, mudanças nas inclinações referentes ao modo como se referenciavam a algumas populações, especialmente porque o termo “comportamento de risco” caiu diante da compreensão de que esse favoreceria a discriminação e estigmatização (a incluir os casos de infecção por HIV).¹²

Compõe três dimensões:¹²

- Individual: levando em consideração os comportamentos frente ao acesso ao conhecimento individual.
- Social: englobando desde a sexualidade e o gênero até as condições materiais e imateriais inerentes à vida humana.
- Institucional: aqui estão os serviços de saúde e demais instituições como escola e justiça.

A dificuldade de aceitação e compreensão em escala individual se expande para o viés familiar e social, encontrando entraves como a ausência e ou ineficiência de educação em saúde, suporte psicológico e políticas públicas. A baixa inserção da temática LGBTQIAP+ nos cursos de formação da saúde incrementam esse cenário caótico de falta de auxílio e acolhimento, fornecendo profissionais que desconhecem as especificidades dessa população, culminando em atendimentos discriminatórios e

disfuncionais. A compreensão acerca do próprio corpo, as nuances inerentes ao processo de modificações físicas, as disputas mentais acerca do que socialmente é aceito ou demarcado pela heterocisgeneridade facilita a defasagem em saúde orgânica e mental. Faz-se necessário olhar para esse público reconhecendo que o entendimento sobre as vulnerabilidades facilitou e continua facilitando o surgimento de soluções a curto, médio e longo prazo.^{7,12,15,17,19}

Entende-se que a patologização das orientações sexuais, identidades de gênero e vivências sobre o corpo desse público ao longo dos anos facilitou a baixa amplitude de conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito das suas demandas complexas e diferentes da normatizadora. Esses passam por implicações e problemáticas de agravamento em saúde que estão intrinsecamente relacionados ao processo de exclusão/incompreensão dentro dos atendimentos.^{7,12}

Muitos profissionais reconhecem os pacientes LGBTQIAP+ como sendo iguais a todos os outros, cursando com o slogan de fala: “É como qualquer outro”. Esquece-se do conceito de equidade, difundido no Sistema Único de Saúde e que dialoga sobre providenciar ao outro o que ele necessita para que todos tenham as mesmas oportunidades. Ao desconsiderar o nome social, ignorar o tipo de relação sexual do outro, desqualificar suas experiências e impor condutas focadas no público cishetero, facilita-se o afastamento dessa outra parcela social e produz um problema de ordem pública e de saúde. Assim, menos homens bissexuais se consultam, menos mulheres bissexuais e homossexuais procuram pela ginecologia, menos transexuais e travestis marcam consultas para o acompanhamento de procedimentos de saúde. Em um fluxo de consequências ainda mais profundas, encontramos indivíduos que por falta dessa oferta, morrem por conta de procedimentos realizados por conta própria, perdem a possibilidade de prevenção ou agravo de doenças e até se suicidam.^{12,16,17,19}

ATENDIMENTO INTEGRAL A POPULAÇÃO LGBTQIAP+

COMO ADOECEM AS PESSOAS LGBTQIAP+?

Para abordar a saúde da população LGBTQIAP+, é preciso primeiro discutir o que é Saúde e Doença. Esses conceitos sempre estiveram em disputa, desde as ideias mágico-religiosas da Antiguidade, passando pelo início de um 'pensamento racional' com Hipócrates e posteriormente retrocedido pela Igreja Católica ao longo da Idade Média com o viés da Doença como punição divina. Tais conceitos continuaram sendo disputados durante o cientificismo pós-iluminismo e foram transformados pelas novas dinâmicas de trabalho com a revolução industrial. Ao longo do século XX, especialmente na segunda metade, chegamos ao conceito pós-guerra de saúde como ausência de doença e o de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.³⁸

Contudo, para entendermos como adoecem a população LGBTQIAP+, é preciso questionar o paradigma biomédico do adoecimento. A partir da década de 1970, a medicina social latino-americana, em uma perspectiva crítica da abordagem positivista da história natural da doença, traz o foco da análise do processo saúde-doença para as relações de produção e a organização das sociedades⁴¹, culminando na teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença em contraponto aos determinantes sociais da saúde. Para Breilh (2013), há uma incompatibilidade entre a acumulação capitalista e modos de vida saudáveis. Incompatibilidade essa que os determinantes sociais não dão conta de explicar. Os determinantes indicam que desigualdade causa adoecimento, mas ocultam os nexos da determinação, ou seja, não elucidam por que existem desigualdades e o que as mantém. Já a Determinação Social do Processo Saúde-Doença revela que o adoecimento de uma população se dá pelas relações de produção, pelas relações de poder, pelas opressões estruturais às quais essa população está submetida.

A partir do entendimento de que as desigualdades sustentadas pela hegemonia dominante causam adoecimento, a população LGBTQIAP+ é atravessada por opressões dentro de uma sociedade heterocisnormativa. Para Bento (2006), gênero é uma “sofisticada tecnologia social heteronormativa, operacionalizada pelas instituições médicas, linguísticas, domésticas, escolares e que produzem constantemente corpos-homens e corpos-mulheres”⁴. Dessa forma, sexualidade e gênero não são determinados pela natureza, mas construídos arbitrariamente em padrões pelas sociedades, naturalizados por aparelhos de controle e vigilância desse status quo. Portanto, o adoecimento da população LGBTQIAP+ deve ser estudado a partir da vivência dessas pessoas que possuem sexualidades ou gêneros não-hegemônicos e que existem e resistem na periferia de um sistema capitalista que impõe padrões heterocisnormativos, reproduz preconceitos e naturaliza desigualdades.

Assim, “diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural da saúde”⁷, foi criada em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, uma vez que as violências sofridas pela população LGBTQIAP+ se traduzem em processos de marginalização, vulnerabilização e adoecimento dessa população. Podemos citar como exemplos a evasão escolar, seja pelos preconceitos enfrentados no espaço que deveria ser seguro, seja pela necessidade de trabalhar; o trabalho sexual, que muitas vezes é onde mulheres trans e travestis, principalmente, rejeitadas pelo mercado formal encontram seu sustento; a violência sexual; a situação de rua; o estresse de minorias. Tudo isso retroalimenta um ciclo de marginalização e vulnerabilização que culmina em adoecimento. Soma-se ainda as barreiras que são colocadas para que essa população tenha acesso a cuidado em saúde e se vincule aos serviços, como por exemplo o não respeito ao nome social ou o despreparo dos profissionais de saúde. Essas barreiras precisam ser desconstruídas para garantir saúde integral.

SAÚDE INTEGRAL

O cuidado em saúde para a população LGBTQIAP+ deve ser pautado na saúde integral, como preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Por muito tempo, especialmente devido à epidemia de HIV/AIDS, a principal - ou única - abordagem em saúde pensada para essa população estava relacionada à prevenção e tratamento do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). É importante superar essa abordagem que pode ser estigmatizante, não no sentido de se ignorar a saúde sexual, mas entender que é preciso ir além do escopo das ISTs. A população LGBTQIAP+ também tem agravos em saúde mental, possuem demandas em saúde reprodutiva, desenvolvem doenças crônicas não transmissíveis, possuem questões relacionadas ao envelhecimento, etc.

Dessa forma, algumas possibilidades e estratégias para se alcançar o cuidado em saúde integral são abordagens pautadas na escuta ativa e no método clínico centrado na pessoa (MCCP). A partir das demandas dos usuáries, os profissionais traçam estratégias e projetos terapêuticos de forma individualizada. Stewart et al (2017) preconizam quatro componentes no MCCP que interagem entre si. São eles: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; intensificando a relação entre a pessoa e o médico.⁴³

Essas abordagens funcionam quebrando certos paradigmas e tirando o médico ou a doença do centro. “Ao colocar o paciente em um papel ativo na consulta, buscando suas peculiaridades como sujeito e se responsabilizando pelo seu cuidado, está-se promovendo saúde”.²

O ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTQIAP+ EM MACAÉ

O atendimento específico para a população LGBTQIAP+ no município de Macaé teve início em 2017 através da equipe de Consultório na Rua. A estratégia de Consultório na Rua, programa instituído pela Política Nacional de Atenção Básica para ampliar o acesso da população em situação de rua à saúde, já existia no município e, a partir do

encontro com pessoas trans em situação de vulnerabilidade, criou-se o “Consultório LGBT”.

De 2017 a 2020 essa iniciativa realizou o acolhimento e acompanhamento em saúde da população LGBTQIAP+, com foco na população trans. Em março de 2020, em decorrência da epidemia de COVID-19, esse atendimento foi interrompido, só retornando em Novembro de 2020 após usuáries do serviço se organizarem para solicitar à gestão pública a retomada dos atendimentos.

A partir de então, o “Consultório LGBT” se tornou o “Ambulatório LGBTQIA+”, de forma independente do Consultório na Rua, passando a se localizar no Centro de Especialidades Médicas Dona Alba. Atualmente, o serviço possui mais de 200 usuáries cadastrades.

CUIDADOS ESPECÍFICOS ¹²

Alguns cuidados específicos para a população trans devem ser destacados.

Devemos dar atenção especial para a relação das pessoas trans com o próprio corpo, se há disforia importante e quais os principais aspectos que engatilham essa disforia, com consequentes impactos na saúde mental como desenvolvimento de transtornos ansiosos e/ou depressivos, além de auto-agressividade e auto-mutilação. Para pessoas transfemininas, essa sensação de desconforto pode ser devido a presença de pelos faciais e corporais, pela ausência de mamas, ou pela genitália, por exemplo. Já para pessoas transmasculinas, a disforia pode se dar pela presença de mamas, pela ausência dos pelos, pela voz mais aguda, etc.

Como maneira de abrandar os sintomas disfóricos, algumas estratégias podem ser adotadas pelos pacientes, que também precisam da nossa atenção enquanto profissionais de saúde. Alguns exemplos são a aquendação, o uso de *binders*, o uso de silicone industrial e o uso de hormônios sem acompanhamento multiprofissional.

A aquendação é o ato de ocultar pênis e testículos realizado por algumas mulheres trans, travestis, ou pessoas não-binárias, para suavizar ou desaparecer o contorno da

genitália sob a roupa e se sentirem mais confortáveis. O processo se dá empurrando os testículos para o canal inguinal, dobrando o pênis em direção ao períneo e prendendo com fita adesiva ou roupas de baixo apertadas. O hábito pode causar dor testicular, bem como lesões cutâneas pelo uso de fitas adesivas. Além disso, existe o risco de torção testicular e hipóteses de aumentar infertilidade devido à temperatura a que os testículos estarão submetidos e de infecção do trato urinário devido à diminuição da ingesta hídrica para evitar idas ao banheiro, além da maior proximidade entre uretra e ânus.

Binders são faixas utilizadas em torno do tórax por homens trans ou pessoas transmasculinas para ocultar ou diminuir o volume das mamas. Existem produtos específicos no mercado, mas algumas pessoas acabam utilizando esparadrapos ou fitas colantes que podem levar ao risco de lesões cutâneas. É importante orientar sobre o uso dessas faixas, lembrando aos pacientes de não usar por longos períodos, não apertar de maneira que atrapalhe a respiração e não usar se a pele estiver úmida ou não-íntegra.

Outro cuidado especial é em relação ao uso de silicone industrial por mulheres trans e travestis, seja orientando sobre os riscos associados para evitar o uso, ou monitorando possíveis complicações naquelas que já utilizaram. Entre os riscos e complicações podemos citar: siliconoma, infecções, trombose, linfedema e migração do material injetado.

Sobre aqueles pacientes que já fazem ou fizeram uso de hormônios por conta própria, devemos orientar quanto aos riscos, mas de forma cuidadosa que não culpabilize e afaste ainda mais dos serviços de saúde.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ¹²

As cirurgias fazem parte do arsenal terapêutico para pessoas trans. Contudo, é extremamente importante elucidar que procedimentos cirúrgicos não são mandatórios durante o processo transexualizador, sendo indicados de forma individualizada a partir das demandas dos pacientes. É essencial o acompanhamento tanto pré quanto

pós-cirúrgico, seja para evitar infecções ou para garantir o sucesso do procedimento (como realizar as dilatações da neovagina após cirurgia de redesignação).

Entre as possibilidades de cirurgias para mulheres trans e travestis existem: cirurgias de feminização facial, cirurgia para redução da cartilagem tireóide (pomo-de-Adão), cirurgia das pregas vocais (para agudização da voz), cirurgias de aumento do volume mamário ou glúteo (colocação de próteses), cirurgia para modificar o contorno corporal (lipoaspiração, lipoenxertia), orquiectomia (retirada dos testículos), cirurgia de redesignação sexual (formação de neovulvovagina).

Para homens trans é possível realizar cirurgias craniofaciais, cirurgias para mudança do contorno do tórax e abdome (lipoaspiração, lipoescultura), mamoplastia masculinizadora (retirada das mamas), histerectomia (retirada do útero), salpingooforectomia (retirada das tubas uterinas e ovários), cirurgias de redesignação sexual como metoidioplastia (alongamento do clitóris e uretra e criação de saco escrotal) e neofaloplastia (criação do neofalo a partir do alongamento do clitóris e da uretra).

Pessoas não-binárias também podem ter demanda e indicação de cirurgias, de acordo com seus desejos e expectativas corporais.

HORMONIZAÇÃO ^{12,40}

A hormonização é uma das estratégias utilizadas para adequar a forma física dos pacientes ao gênero com o qual se identificam através do uso de hormônios. No Brasil, segundo a resolução 2.265/2019 do Conselho Federal de Medicina, a hormonização é permitida para pessoas acima dos 18 anos, ou acima dos 16 anos com autorização dos pais ou responsáveis legais. Abaixo dos 16 anos somente é permitido o bloqueio puberal, que deve acontecer após o início da puberdade (estadiamento Tanner 2) em centros de referência associados à pesquisa.

É importante elucidar aos pacientes que não é a hormonização que vai legitimar o gênero da pessoa trans, mas é uma ferramenta que temos no processo de transexualização. Para as pessoas que não desejam, ou não podem iniciar ou manter a

hormonização por alguma contraindicação, existem outras estratégias e intervenções para adequação da forma física e diminuição da disforia, como a expressão do gênero através das vestimentas, procedimentos estéticos (depilação a laser), medicações tópicas (minoxidil), cirurgias, acompanhamento fonoaudiológico, etc.

Devemos evitar termos como terapia hormonal ou hormonioterapia para não reforçar a patologização da transexualidade ou dar a ideia de obrigatoriedade do uso de hormônios. Por outro lado, é evidente que o início da hormonização tem efeitos positivos para os pacientes com melhora na autoestima, na saúde mental e na disforia.

A hormonização só deve ser iniciada após avaliação cuidadosa, quando existe persistência da incongruência de gênero, quando a pessoa está apta para decidir e consentir, quando todas as dúvidas foram elucidadas e quando não existirem problemas de saúde graves que contraindiquem o uso (como doença tromboembólica recente, doença coronariana instável, câncer estrógeno-dependente, doenças hepáticas graves ou condições psiquiátricas graves que interfiram na tomada de decisão).

Existem diferenças entre a hormonização para homens trans ou pessoas transmasculinas, para mulheres trans, travestis ou pessoas transfemininas e para pessoas não-binárias. É preciso conversar com os pacientes para manejar suas expectativas e evitar frustrações. Para pessoas não-binárias, a hormonização deve ser cuidadosa, uma vez que essas pessoas não se enquadram no binarismo homem x mulher e seus desejos e expectativas precisam ser muito bem delineados. Os efeitos dos hormônios são percebidos a partir dos primeiros meses de uso, mas os efeitos máximos esperados podem chegar a até 5 anos do início do uso.

A hormonização diminui a fertilidade das pessoas transexuais, podendo levar a infertilidade, mas não é considerada método contraceptivo, sendo importante o uso de estratégias para anticoncepção quando existir possibilidade de gestação (relação entre pessoas que possuem pênis e testículos com pessoas que possuem vagina, útero e ovários).

O hormônio utilizado para efeitos que se entendem como masculinizantes é a testosterona. Além das contraindicações, deve-se também descartar a possibilidade de gestação para iniciar o uso. Os principais efeitos esperados são o aumento da massa muscular, o crescimento de pelos faciais e corporais, o espessamento das cordas vocais, o aumento do clitóris e a interrupção da menstruação (amenorreia). Alguns efeitos adversos que se deve atentar são: aumento da oleosidade da pele, surgimento ou piora de acne, queda de cabelo, policitemia, alterações de humor, diminuição da lubrificação e atrofia do canal vaginal, elevações de enzimas hepáticas e dislipidemia. É importante avaliar a dose e o intervalo de aplicação da testosterona uma vez que os níveis muito elevados (suprafisiológicos) aumentam o risco cardiovascular e podem levar à conversão da testosterona em estradiol (aromatização).

Para atingir as mudanças corporais que se entendem como feminilizantes, o hormônio utilizado é o estrogênio (preferencialmente 17- β -estradiol ou valerato de estradiol), associado ou não ao bloqueio androgênico. Os principais efeitos esperados do estrogênio é o desenvolvimento do tecido mamário, que vai depender da resposta individual, e redistribuição da gordura corporal para um padrão entendido como feminino. Efeitos como alteração do humor devem ser esperados e abordados. Algumas contraindicações relativas para o uso do estrogênio são: antecedente pessoal de trombose venosa profunda, coagulopatias, tabagismo e histórico familiar de câncer de mama. Efeitos adversos graves devido ao uso de estrógenos são eventos tromboembólicos, cujos riscos aumentam na presença de tabagismo, obesidade, idade mais avançada, doses muito elevadas do estradiol, ou uso de etinilestradiol, que deve ser contraindicado.

O bloqueio androgênico consiste no bloqueio da produção endógena de testosterona podendo ser utilizados para tal efeito a Espironolactona (um diurético poupador de potássio que em doses mais altas tem efeito antiandrogênico) ou o acetato de Ciproterona. No caso de pacientes que fizeram cirurgia para retirada dos testículos, o bloqueio androgênico se torna desnecessário. A diminuição da testosterona vai levar à suavização e redução da oleosidade da pele, diminuição da queda capilar, diminuição e retardo do crescimento dos pelos, diminuição da massa e força muscular, redução do tamanho dos testículos e do volume ejaculatório. Outros efeitos como diminuição de

ereções podem ser percebidos como favoráveis para algumas pacientes, mas para aquelas que não possuem disforia relacionada à genitália isso pode ser um problema e deve ser abordado, bem como a diminuição da libido.

CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL DA COMUNIDADE LGBTQIAP+

Apesar dos avanços sociais ocorridos nas últimas décadas, diversos estudos evidenciam que a população LGBTQ+ apresenta maior prevalência de comprometimento da saúde mental quando comparada à população geral.^{12,23,34} No entanto, cabe ressaltar que isso não se deve à orientação sexual ou à identidade de gênero em si, mas é decorrente, em grande parte, do estigma associado às identidades lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, que expõe essas minorias à rejeição e à discriminação, ocasionando um estresse adicional com prejuízos em diversas áreas da vida: profissional, familiar, social, saúde, entre outras.³⁴

Devido a este contato com estressores específicos aos grupos minoritários, pessoas LGBTQ+ estão mais expostas à condição de vulnerabilidade social e, conseqüentemente, a um maior risco de comprometimento do seu bem-estar e desenvolvimento de psicopatologias como depressão, transtornos de ansiedade e dependência química.^{10,12,34,33} Conforme aponta Francisco et al. (2020), os sinais e sintomas de ansiedade, por exemplo, têm como fatores subjacentes a vergonha e o comportamento evitativo dessa população devido à discriminação e à falta de apoio social e familiar, que ocasionam intensa angústia.

É importante mencionar que, no passado, a psiquiatria e a psicologia tiveram uma participação no processo de atribuir caráter patológico às manifestações da diversidade sexual e de gênero, contribuindo dessa forma para a legitimação do preconceito, da discriminação e de variadas formas de violência contra pessoas com vivências homossexuais e expressões de gênero dissidentes da norma vigente. Essa perspectiva se fundamentava, inclusive, nas primeiras edições do manual diagnóstico de transtornos psiquiátricos da Associação Americana de Psiquiatria (APA).^{24,30,44} Assim, “tratamentos” degradantes como a realização de eletrochoques, castração e lobotomia, por exemplo, eram aplicados com o objetivo de inibir o desejo homossexual e adequar os sujeitos à norma heterossexual.⁵

A partir da década de 1970, no entanto, houve uma pressão de movimentos sociais e uma mudança de paradigma nas pesquisas científicas, que começaram a defender uma concepção não patológica da homossexualidade. Essas transformações contribuíram para que as associações psicológicas e psiquiátricas passassem a reconhecer os aspectos sociais subjacentes e os prejuízos relacionados à discriminação contra pessoas LGBTQIAP+.^{30,44}

No Brasil, o engajamento dos Conselhos de Psicologia nessa questão se consolidou por meio da publicação do Código de Ética Profissional do Psicólogo e das Resoluções nº 01/1999 e nº 01/2018, que estabelecem normas de atuação para os psicólogos, determinando que os profissionais deverão contribuir para o enfrentamento de discriminações e estigmatizações e não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização das práticas homoeróticas, bem como das travestilidades e transexualidades.

Com essa mudança de paradigma, o conceito de Terapia Afirmativa foi desenvolvido para se referir a pressupostos teóricos e éticos que rejeitam a interpretação da diversidade de orientações afetivo-sexuais e expressões de gênero como fenômenos patológicos ou imorais, envolvendo uma série de esforços a fim de adaptar protocolos e estratégias terapêuticas para a população LGBTQIAP+, a partir da compreensão sobre como os estressores específicos a essa minoria afetam as vidas dos sujeitos e se manifestam no contexto clínico.²⁷ Este conceito não se restringe à psicoterapia ou à psicologia, pois se aplica a diversas abordagens e áreas de atuação profissional, sendo fundamental para ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Do ponto de vista da terapia afirmativa, a LGBTfobia, entendida como atitudes preconceituosas e negativas em relação a tudo que se refere ao universo LGBTQIAP+, constitui o foco do trabalho terapêutico com este público. Conforme aponta Borges (2009), desde a infância, os indivíduos que apresentam, por meio de atitudes ou preferências, alguma variação no padrão de gênero cultural (masculino/feminino), são frequentemente expostos a críticas, sanções e até mesmo abusos emocionais, físicos e/ou sexuais. Assim, esses sujeitos geralmente internalizam mensagens negativas sobre

sua sexualidade e/ou expressão de gênero, desenvolvendo sentimentos de medo, culpa, vergonha ou raiva associados à condição de homossexual ou transgênero.

Portanto, cabe ao profissional ajudar o paciente a compreender que esses sentimentos negativos, muitas vezes subjacentes às suas queixas e manifestações clínicas, são decorrentes dos mecanismos de opressão social a que ele foi exposto, e não de um desenvolvimento patológico de sua sexualidade ou identidade de gênero.⁵

CLARK (1997) apud BORGES (2009, p. 45) recomenda ao terapeuta que, ao atender indivíduos gays:

- procure rever seus próprios preconceitos, fantasias e sentimentos sobre a homossexualidade;
- caso o paciente apresente alguma patologia, é esta que deve ser tratada, não a homossexualidade;
- tome cuidado com os estereótipos;
- lembre que o paciente espera dele acolhimento, apoio e principalmente respeito;
- tenha em mente que o paciente gay tem, em algum grau, um histórico de opressão;
- procure ficar atento às dificuldades do paciente de expressar raiva e lidar com sentimentos eróticos;
- esteja preparado para ajudá-lo a se livrar de sentimentos de culpa e vergonha;
- aprenda sobre os diferentes estilos de vida gay e descubra o que a comunidade gay local oferece;
- deixe que o próprio paciente estabeleça os limites sobre os aspectos íntimos de sua sexualidade que deseja compartilhar com ele;
- não se esqueça de reafirmar a orientação sexual de seu paciente como manifestação natural da sexualidade humana.

É importante ressaltar que estas recomendações também se aplicam ao atendimento a lésbicas, bissexuais e transgêneros, tendo em vista as semelhanças entre as

manifestações de sofrimento resultantes do preconceito, da discriminação e da violência que acometem todo o público LGBTQIAP+.

DOS CONTEXTOS POLÍTICOS AOS DIREITOS CONQUISTADOS

Origem e Evolução da Política de Saúde LGBT no Brasil:

A política de saúde no Brasil surge como resultado de uma intensa mobilização social, impulsionada pelo movimento de reforma sanitária durante a redemocratização após a ditadura militar. Essa mobilização foi crucial na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado na Constituição de 1988, que adota uma abordagem ampla e universal da saúde, reconhecendo-a como influenciada por diversos fatores sociais, econômicos e de condições de vida.

Durante a década de 1970, marcada pela repressão e injustiça social sob o regime militar, surgiram movimentos sociais que lutavam pela liberdade sexual, como o grupo SOMOS, pioneiro na defesa dos direitos homossexuais. Com o tempo, o movimento evoluiu para abranger lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, transformando a homossexualidade em uma questão política.^{7,8}

Na década de 1990, grupos de travestis se organizaram em coletivos, como a Associação das Travestis e Transexuais do RJ (Astral), pressionando o governo por políticas que atendessem às suas demandas específicas, enquanto também contribuíram para iniciativas de prevenção da AIDS. Paralelamente, as questões específicas das mulheres lésbicas começaram a ser abordadas dentro do movimento feminista, aumentando sua visibilidade e impulsionando a luta por suas demandas particulares.^{6,7,8}

Desde o surgimento da epidemia de AIDS, houve um aumento significativo da participação de grupos e organizações do movimento LGBT em parceria com entidades estatais, visando ações de prevenção do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Essa colaboração estreitou os laços entre ativistas, profissionais de saúde e gestores políticos, impulsionada pelo incentivo do Ministério da Saúde, resultando no desenvolvimento de diversas iniciativas de prevenção.

Implementação e Impacto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT:

Reconhecendo que a LGBTfobia contribui para a determinação social da saúde e visando reduzir as disparidades em saúde entre a população LGBT, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, foi estabelecida através da portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e tem como objetivo eliminar as desigualdades em saúde dessa comunidade. Essa política reflete os esforços conjuntos das esferas governamentais e da sociedade civil na promoção da saúde, no atendimento e nos cuidados de saúde, priorizando a redução das disparidades com base na orientação sexual e identidade de gênero, além de combater a LGBTfobia e a discriminação nos serviços e instituições do Sistema Único de Saúde (SUS).^{6,7,8}

Essa política visa reconhecer as demandas e vulnerabilidades da população LGBTQIAP+ no acesso à saúde, indo além do atendimento médico. Baseada no Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, busca reduzir desigualdades e promover o respeito e a humanização nos serviços de saúde, enquanto enfrenta a discriminação e a exclusão social. Essa abordagem também promove valores democráticos e a conscientização sobre direitos à saúde e sexuais.

O princípio da equidade orienta as políticas de saúde pública no Brasil, visando reduzir disparidades e atender às necessidades individuais no SUS. Reconhece-se que fatores sociais influenciam o direito à saúde, destacando-se a importância de abordar questões como moradia, trabalho, renda e discriminação. Políticas de equidade em saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, buscam reduzir as desigualdades persistentes.

A exclusão social resultante do desemprego, falta de moradia adequada e alimentação, bem como dificuldades de acesso à educação, saúde, lazer e cultura, tem um impacto direto na qualidade de vida e saúde da população LGBT. É crucial reconhecer que todas

as formas de discriminação contribuem para o sofrimento e para a determinação social do adoecimento.

Aspectos Específicos da Política de Saúde LGBTQIAP+:

No cenário brasileiro, os movimentos LGBTQIAP+ têm ampliado suas reivindicações, abrangendo uma gama diversificada de direitos civis, políticos, sociais e humanos. Esse panorama exige uma atuação coordenada e integrada do Poder Executivo para promover mudanças significativas. O comprometimento em erradicar a discriminação e a marginalização, enxerga na Política LGBT um marco histórico que reflete uma nova postura em relação a essas comunidades no país. Questões cruciais, como a garantia da união civil, o reconhecimento das famílias homoparentais e a redução da violência, ganham destaque nas agendas políticas governamentais.

Em 2004, em resposta às demandas da sociedade civil, o governo lançou o "Brasil sem Homofobia", um programa destinado a combater a violência e a discriminação contra a população LGBTQIAP+ e promover sua cidadania. Elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República, o programa delineou amplas recomendações aos diversos setores do governo, visando assegurar políticas, programas e ações que não apenas combatessem a discriminação, mas também promovessem a equidade no acesso aos serviços públicos.^{6,7,8}

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em consonância com as diretrizes do "Brasil sem Homofobia", estabeleceu em 2004 o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, com o objetivo de desenvolver uma política específica para o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa iniciativa, a representação da população LGBTQIAP+ no Conselho Nacional de Saúde, conquistada em 2006, adquiriu uma nova relevância, fortalecendo sua atuação nos processos de participação democrática no SUS e possibilitando um debate estratégico e contínuo sobre questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero e suas implicações na saúde.

A inclusão das questões LGBTQIAP+ nas conferências nacionais de saúde desde 2003, com destaque na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, reflete o reconhecimento crescente da importância dessas pautas para o sistema de saúde brasileiro. No entanto, ainda persistem desafios significativos, como o acesso adequado à saúde para pessoas transexuais e travestis, a falta de respeito ao nome social e a vulnerabilidade ao HIV associada à homofobia.^{6,7,8}

Diante disso, o Ministério da Saúde elaborou uma política específica para o SUS, alinhada com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e participação da comunidade. Esta política reconhece a interseccionalidade das questões de gênero e orientação sexual com outras dimensões da saúde.

A falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais configura-se como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais. Pode ser contabilizada como fruto desta Política a inclusão da garantia do uso do nome social para os usuários da saúde na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Outro grave problema para a saúde de pessoas trans é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios, principalmente os femininos que são vendidos sem receita, ou automedicação com doses suprafisiológicas de hormônios masculinizantes, afetando negativamente a saúde.

Diante da complexidade da situação de saúde dessa população e, especialmente, diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural da saúde, o Ministério da Saúde construiu esta Política para o SUS.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais:

O objetivo da criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é garantir o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde para essa população, reconhecendo suas especificidades e

enfrentando as desigualdades e discriminações que historicamente têm enfrentado no sistema de saúde. Essa política visa promover a inclusão, o respeito à diversidade e a garantia dos direitos humanos dessa comunidade, além de buscar a redução das vulnerabilidades.

PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com 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.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

- I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
- II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;

XV - buscar no âmbito da saúde complementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios;

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social;

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;

V - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio;

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;

VIII -elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS;

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;

XI -promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos;

XII - 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;

XIII -promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde.

Art. 5º Compete aos Estados:

- I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;
- II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;
- IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);
- V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios;
- VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- VIII - 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;
- IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e
- X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde.

Art. 6º 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;

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.

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos Estados e Municípios.

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Direitos sociais garantidos por lei para população LGBTQIAP+

Os direitos sociais das pessoas LGBTQIAP+ são fundamentais para garantir direitos sem discriminação com base na orientação sexual ou identidade de gênero. Aqui estão alguns dos direitos sociais importantes nesse contexto:

Nome social: Direito ao nome pelo qual pessoas transexuais, travestis ou qualquer outra identidade prefere ser chamada cotidianamente. É o nome que se adequa à identidade de gênero do indivíduo.

Reconhecimento legal de identidade de gênero: Pessoas transgênero têm o direito legal de alterar seu nome e gênero em documentos oficiais, como carteira de identidade, passaporte e certidão de nascimento, facilitando a vivência de acordo com sua identidade de gênero.

Acesso a serviços de saúde adequados: Direito de receber cuidados de saúde que atendam às suas necessidades específicas, incluindo serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Isso inclui acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, cuidados relacionados às IST's, hormonização, cirurgia de redesignação sexual e outros tratamentos relacionados à saúde.

Atendimento livre de discriminação e estigma: As pessoas LGBTQIAP+ têm o direito de receber atendimento médico sem enfrentar discriminação, estigma ou preconceito por parte dos profissionais de saúde. Isso inclui ser tratado com respeito, dignidade e sem julgamento em relação à sua identidade de gênero ou orientação sexual.

Formação e sensibilização dos profissionais de saúde: Os profissionais de saúde devem receber formação adequada sobre questões relacionadas à saúde LGBTQIAP+, incluindo competência cultural, identidade de gênero e sexualidade, para garantir que possam oferecer um atendimento inclusivo e livre de preconceitos.

Acesso a tratamentos e medicamentos sem restrições: As pessoas LGBTQIAP+ têm o direito de acessar tratamentos médicos e medicamentos sem enfrentar restrições

injustificadas com base na sua orientação sexual, identidade de gênero ou expressão de gênero.

Cirurgias de redesignação sexual: Procedimentos cirúrgicos por meio dos quais se altera o órgão genital da pessoa.

Hormonização: Procedimento que pessoas trans podem recorrer para alcançarem alterações corporais com o auxílio de hormônios.

Casamento e união civil: Casamento entre pessoas do mesmo sexo é legalizado, concedendo aos casais LGBT os mesmos direitos e responsabilidades que os casais heterossexuais, incluindo direitos de herança, previdência social, seguro de saúde e pensões.

Proteção contra crimes de ódio: Muitas jurisdições têm leis que criminalizam crimes de ódio com base na orientação sexual, identidade de gênero ou expressão de gênero, proporcionando punições mais severas para aqueles que cometem crimes motivados por preconceito.

Direitos parentais: Em algumas jurisdições, casais do mesmo sexo têm o direito de adotar crianças e formar famílias legalmente reconhecidas. Além disso, mães e pais transgêneros têm cada vez mais seus direitos de parentalidade reconhecidos em lei

Confidencialidade e privacidade.

Marcos da Luta por Direitos (Em formato de linha do tempo)

1969: Revolta de Stonewall: Levante contra as violências policiais que a comunidade LGBTQIA+ sofria nos EUA

1970: Surgimento de diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais- Grupo SOMOS, precursor da luta homossexual.

1973- Desclassificação da homossexualidade como doença mental, pela associação americana de psiquiatria

1985- Fundado o **Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA)**, primeira ONG da América Latina na luta contra o HIV — e é quando é criado o programa federal de controle da AIDS.

1988- Promulgação da Constituição Federal- Saúde é direito de todos e dever do Estado.

1990- A organização Mundial da Saúde (OMS) deixa de considerar a homossexualidade uma doença. Em 17 de Maio, tornando-se o dia internacional contra a homofobia.

- Criação da Associação das Travestis e Liberados do RJ (ASTRAL)

1992- Katya Tapety é a primeira travesti a conquistar um cargo eletivo no Brasil- vereadora no sertão do Piauí

-Fundada a **Associação de Travestis e Liberados (Astral)**, no Rio — primeira organização não governamental na América Latina voltada às pessoas trans

1996- **Dia Mundial da Visibilidade Intersexual.**

2004- Governo Federal lança o Plano Brasil sem Homofobia, para combate à violência e discriminação

- 29 de janeiro- dia da visibilidade Trans

2008- 1ª Conferência Nacional de políticas públicas e direitos humanos de LGBT.

- O processo transsexualizador passa a ser oficialmente oferecido pelo SUS

2009- Aprovada a política nacional de saúde integral LGBT no conselho nacional de saúde.

2011- O STF aprova a união estável homoafetiva

- Publicada a política nacional de saúde integral LGBT

2013- o Conselho nacional de justiça aprova resolução que obriga cartórios a realizarem o casamento entre pessoas do mesmo sexo

- Inclusão de nome social no CNS

2015- O STF permite que casais do mesmo sexo adotem crianças

Ficha de notificação de violência com a inclusão dos campos: identidade de gênero e orientação sexual.

2016- Decreto (nº 8.727/2016) presidencial permite o uso do nome social de pessoas trans na administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

2018- A transexualidade deixa de ser doença para a OMS

- O STF decide que transexuais e transgêneros podem mudar seus nomes de registro civil sem necessidade de cirurgia

2019- o STF decide enquadrar a homofobia e a transfobia como tipo penal definido na lei do racismo (lei nº 7.716/1989)

2020- O STF declara inconstitucionais as normas do Ministério da Saúde que proibiam pessoas LGBTQIA+ de doar sangue

- Reconhecimento do gênero não-binário.

BIOÉTICA NO CUIDADO INDIVIDUALIZADO

A bioética, um campo interdisciplinar surgido nos anos 1970, aborda os conflitos e questões controversas nos cuidados de saúde, refletindo sobre questões que permeiam o cotidiano das pessoas. Seu objetivo é debater as descobertas científicas e tecnológicas contemporâneas, buscando convergência de opiniões na construção de diversas abordagens bioéticas. Este estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e da saúde utiliza uma variedade de metodologias éticas em um contexto reflexivo interdisciplinar.

Situações que demandam reflexão bioética no atendimento a pessoas LGBTQIAP+ incluem a recusa de profissionais em atender por motivos religiosos, morais ou pessoais; quebras de sigilo sobre orientação ou identidade de gênero de crianças e adolescentes; intervenções cirúrgicas precoces em crianças intersexo; divulgação do status sorológico de IST/HIV para parceiros sexuais; adoção e reprodução assistida por casais homoafetivos; restrições à doação de sangue por homens que fazem sexo com homens; atos preconceituosos de profissionais de saúde; e destinação de recursos a políticas de saúde para a população LGBTQIAP+.

Uma das abordagens preeminentes da bioética, o princípalismo, define os princípios básicos: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Esses princípios norteiam as ações médicas na relação médico-paciente, considerando a peculiaridade de cada situação. O respeito à autonomia implica na livre determinação do paciente sobre sua saúde, desde que esteja capacitado a decidir sem coerção. Beneficência refere-se a agir em benefício do outro, alinhado com a ideia de saúde para todos. Não maleficência implica em não causar danos intencionais, enquanto justiça requer a alocação equitativa de recursos na saúde.³

Dessa forma, a bioética aborda os problemas considerando a integralidade da pessoa e a diversidade das pessoas, exercendo um papel importante na cidadania ao observar os direitos humanos e os avanços tecnológicos. É importante diferenciar a bioética da

ética profissional, sendo a primeira um espaço de diálogo e reflexão plural, enquanto a segunda busca normatizar condutas por meio de códigos que normatizam direitos e deveres no âmbito profissional.

Algumas questões bioéticas surgem quando profissionais de saúde se recusam ou evitam atender pessoas LGBTQIAP+, justificando objeção de consciência ou falta de conhecimento técnico sobre suas necessidades específicas. Isso pode resultar na não prestação de cuidados adequados e no encaminhamento do paciente para outros profissionais. No entanto, para o paciente, receber atendimento de um profissional acolhedor e capacitado pode ser crucial para suas necessidades de saúde. Portanto, os serviços de saúde devem implementar ações como educação contínua e capacitação para combater a LGBTIfobia institucional e garantir um atendimento inclusivo e qualificado para todos.

Adoção e reprodução assistida por casais homoafetivos têm sido objeto de mudanças nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) ao longo do tempo. Inicialmente, as normativas do CFM não contemplavam o uso de técnicas de reprodução assistida por esses casais. No entanto, diante das transformações sociais e jurídicas no Brasil, incluindo o reconhecimento da união homoafetiva e do casamento entre pessoas do mesmo gênero, as recomendações do CFM foram revisadas.¹²

A Resolução n. 2.013/2013 do CFM passou a reconhecer a união homoafetiva como entidade familiar e ampliou as indicações das técnicas de reprodução assistida, visando auxiliar não apenas em casos de infertilidade por motivos médicos, mas também facilitar o processo de procriação de forma mais abrangente. Além disso, é vedado aos oficiais de cartório recusar o registro de nascimento de crianças concebidas por técnicas de reprodução assistida.¹²

Alguns casais homoafetivos podem ter filhos biológicos sem a necessidade do uso de técnicas de reprodução assistida, assim como pessoas trans, porém, neste último caso a propositura de uma ação judicial se faz necessária para que os progenitores possam realizar o Registro Civil de Nascimento da criança.

Quanto à doação de sangue, historicamente, homens cis que fazem sexo com outros homens e pessoas transgênero foram impedidos de doar sangue devido ao risco de transmissão de infecções, especialmente HIV. No entanto, avanços na triagem laboratorial reduziram significativamente esse risco. Recentemente, o Ministério da Saúde e a Anvisa revogaram restrições que impediam essas pessoas de doar sangue, permitindo a doação mesmo antes de completar 12 meses desde a última relação sexual.

Destaca-se a importância dos avanços tecnológicos na triagem laboratorial, que têm contribuído para tornar a doação de sangue mais segura. Esses avanços diminuem a necessidade de depender exclusivamente da entrevista como método de triagem do doador.

Em relação aos atos preconceituosos contra pessoas LGBTQIAP+ perpetrados por profissionais da saúde, é crucial ressaltar que tais condutas são consideradas crimes. Medidas punitivas são aplicadas através de inquérito civil, podendo resultar em procedimento disciplinar perante o conselho de classe. A LGBTIfobia foi tipificada como crime pelo STF, o que implica que os crimes de preconceito de raça ou cor também podem ser aplicados à LGBTIfobia. Praticar, induzir ou incitar discriminação ou preconceito com base na orientação sexual ou identidade de gênero pode ser caracterizado como crime, sujeito a uma pena de 1 a 3 anos de prisão, além de multa. A vítima de discriminação tem sempre o direito de recorrer ao Ministério Público ou fazer uma queixa na delegacia de polícia, que deve instaurar um inquérito civil para investigar os fatos.¹²

Cabe ao profissional de saúde acolher e ouvir de maneira qualificada a população LGBTQIAP+, combatendo todas as formas de exclusão e marginalização na sociedade. O objetivo é fornecer um cuidado integral, respeitando as diferenças e enfrentando as discriminações.

No contexto da bioética principialista, são invocados os princípios do não sofrimento da pessoa humana, beneficência, autonomia e melhor interesse das crianças e adolescentes. As principais organizações de saúde não consideram a homossexualidade e transexualidade como patologias, eliminando a necessidade de tratamento

correspondente. Em 1990, a Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde removeu o código 302 de homossexualismo da Classificação Internacional de Doenças (CID), e a CID 11 retirou códigos relacionados a transtornos psicológicos associados ao desenvolvimento sexual. O Decreto Lei n. 4.113/42 proíbe médicos de anunciarem a cura de doenças sem embasamento científico. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, estabelecida pela Portaria n. 2.836/2011, visa evitar a discriminação contra pessoas LGBTQIAP+ nos serviços públicos de saúde.^{6,7,8}

Nos termos do Código de Ética Médica, capítulo I, inciso VII, os profissionais médicos têm o direito de exercer sua profissão com autonomia, podendo se abster de prestar serviços que entrem em conflito com sua consciência, exceto em situações de urgência, emergência ou quando a recusa possa prejudicar a saúde do paciente. Da mesma forma, o capítulo II, inciso IX, reconhece o direito do médico de recusar procedimentos médicos que, embora permitidos por lei, vão contra sua consciência.

Entretanto, é importante ressaltar que, em algumas circunstâncias, a objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde pode ser interpretada como discriminatória, violando os direitos humanos, especialmente no que diz respeito à orientação sexual e identidade de gênero, podendo ser enquadrada como crime, de acordo com decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) e a Lei Antirracismo (Lei n. 7.716/89).

No que tange aos menores de idade, o Código Civil Brasileiro estabelece que aqueles com menos de 18 anos devem ser representados por um responsável legal em seus atos civis. Os menores de 16 anos são considerados absolutamente incapazes e, portanto, sempre representados por um adulto capaz, enquanto aqueles entre 16 e 18 anos são relativamente incapazes, necessitando de assistência em alguns casos.

Além disso, é proibido aos médicos divulgar informações confidenciais relacionadas a pacientes menores de idade, salvo quando a não divulgação possa causar prejuízo ao paciente, conforme estipulado pelo artigo 74 do Código de Ética Médica. O profissional de saúde deve sempre dar autonomia e participação ao paciente criança ou adolescente, com avaliação individualizada.

Os recursos limitados do Sistema Único de Saúde (SUS) muitas vezes resultam na priorização de determinadas políticas e intervenções em detrimento de outras. É crucial lembrar que a saúde é um direito de todos, e políticas de saúde devem ser orientadas pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A população LGBTQIAP+ frequentemente enfrenta estigma e preconceito na alocação de recursos para saúde, levantando dúvidas sobre a justificativa de investimentos desproporcionais. No entanto, é fundamental reconhecer que políticas de equidade em saúde são necessárias para combater as desigualdades enfrentadas por grupos vulneráveis, e tais políticas são fundamentadas em leis que promovem a equidade em saúde. Políticas de saúde são resultantes de lutas da organização da sociedade civil, por direitos humanos.

Ao longo das últimas décadas, houve avanços significativos nos direitos das pessoas LGBTQIAP+, inclusive no âmbito da saúde. Portanto, é responsabilidade de todos os profissionais de saúde se manterem atualizados sobre essas normativas, a fim de orientar suas práticas e combater qualquer forma de violência institucional ou individual direcionada a essa população.

Diversidades sexuais em ensino de saúde

Uma das principais razões para a vulnerabilidade da população LGBTQIAP+ é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre suas necessidades específicas. A transexualidade, por exemplo, é raramente abordada nas universidades e não está incluída no currículo obrigatório dos cursos de saúde. Além disso, o acesso à educação superior para a população LGBTQIAP+ é dificultado pelo preconceito sofrido desde o ensino fundamental.

Sem uma formação específica sobre temas de saúde LGBTQIAP+, os profissionais de saúde se graduam sem as competências necessárias para atender adequadamente essa população, desde o acolhimento até o tratamento. Em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou a necessidade de integrar discussões sobre gênero e sexualidade nos currículos de saúde, apontando que esses elementos são essenciais para entender a diversidade humana e as desigualdades sociais.

A OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde do Brasil reforçam a importância de políticas de equidade para melhorar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população LGBTQIAP+. Em 2008, revisada em 2014, a Declaração da Saúde Sexual para o Milênio enfatizou a promoção da saúde sexual, destacando o direito universal à "educação sexual esclarecedora", fundamentada nos direitos humanos e na equidade de gênero. A OPAS (2013) observou que a comunidade LGBTQIAP+ enfrenta vulnerabilidade e marginalização devido ao estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e sexualidade. Em 2013, a ONU lançou no Brasil a campanha "Nascidos livres e iguais", delineando as obrigações dos Estados em relação aos direitos das pessoas LGBTQIAP+. ¹²

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 para cursos de graduação, como Medicina, enfatizam a importância de reconhecer a diversidade humana, incluindo gênero e orientação sexual, para formar profissionais que promovam cuidados integrais e justiça social. Em 2017, durante o 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), a Carta de Porto Alegre foi aprovada, defendendo a inclusão de temas sobre gênero e diversidade sexual nos currículos médicos. ¹²

Apesar dessas diretrizes, poucos cursos de graduação e residência abordam a saúde LGBTQIAP+ de forma abrangente. Pesquisas indicam que estudantes e residentes percebem a presença de LGBTQIAfobia nas instituições de ensino, resultando em maior estresse e depressão entre estudantes LGBTQIAP+. Muitos residentes se sentem despreparados para atender essa população, pois não receberam treinamento adequado durante a graduação.

A qualidade do atendimento à população LGBTQIAP+ depende de um ambiente acolhedor e profissionais bem informados. A violência institucional pode ocorrer tanto pela invisibilidade quanto pela visibilidade das identidades LGBTQIAP+. Reformular os currículos é essencial para formar profissionais capacitados e promover a saúde integral dessa população.

Instituições de ensino devem assumir a responsabilidade de atualizar os currículos, refletindo a diversidade e promovendo mudanças sociais. A maior visibilidade do movimento LGBTQIAP+ impulsionou muitas iniciativas, e a colaboração entre

universidade e sociedade é crucial para a formação de profissionais de saúde que atendam às necessidades da população LGBTQIAP+. Enfrentar resistências, divulgar informações adequadas e promover a convivência com a diversidade são estratégias para reduzir a ignorância e garantir a formação de profissionais comprometidos com o cuidado integral.

REFERÊNCIAS

1. BAPTISTA, Jean; BOITA, Tony. História oral e comunidades LGBTQIA+. **LGBTQIA**, p. 58.
2. BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais*, v. 26, n. Supl 8, p. S219-S221, 2016.
3. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
4. BENTO, Berenice. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.
5. BORGES, Klecius. Terapia afirmativa: uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais. São Paulo: GLS, 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2836 de 01 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde LGBT). Brasília, 2011.
9. BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia*, n. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013.
10. BRAGA, I. F. et al. Violência Familiar contra Adolescentes e Jovens Gays e Lésbicas: Um Estudo Qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 1220-1227, 2018.

11. BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resolução Nº 01/2018. Orienta os profissionais da Psicologia a atuar, no exercício da profissão, de modo que as travestilidades e transexualidades não sejam consideradas patologias. Brasília.
12. CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES-JUNIOR, A. Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.
13. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Resolução n. 01/1999, 1999. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acesso em 08 de abril de 2024.
14. COSTA, Bárbara Rodrigues et al. BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE PÚBLICA PARA POPULAÇÃO LGBTQIA+. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, p. 27-34, 2023.
15. DE FREITAS, Ana Luiza et al. Dimensões do cuidado à saúde da população LGBTQIA+ ofertado pelos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. e12114-e12114, 2023.
16. DE LIMA, Reverton Antonio Felix; SALGUEIRO, Claudia Daniele Barros Leite. Atenção à saúde da população LGBTQIA+ visando o acesso integral aos serviços de saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e376111234597-e376111234597, 2022.
17. DE OLIVEIRA ESTEVES, Brenner et al. Acolhimento da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, queers, intersexuais, assexuais e demais orientações (LGBTQIA+) no sistema único de saúde: Preconceito e sofrimento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 22316-22330, 2021.
18. DE SOUZA, Luis Antonio Francisco; DE MAGALHÃES, Bóris Ribeiro; SABATINI, Thiago Teixeira (Ed.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Editora Oficina Universitária, 2011.
19. DE SOUSA, Fernando Barros; DE SOUSA, Patrícia Maria Lima Silva. Saúde LGBTQIA+: a vulnerabilidade das minorias sexuais. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e273101321241-e273101321241, 2021.
20. DOS SANTOS BANDEIRA, Rodrigo Monteiro; EL HAKIN, Soraya. A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE LGBTQIA+. **Revista**

- Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, p. 47-47, 2021.
21. FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: As confissões da carne (Vol. 4)**. Editora Paz e Terra, 2020.
 22. FOUCAULT, Michel. **Sobre a sexualidade**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2021.
 23. FRANCISCO, Leilane Camila Ferreira de Lima et al. Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, p. 48-56, 2020.
 24. GASPODINI, I. B.; FALCKE, D. Relações entre Preconceito e Crenças sobre Diversidade Sexual e de Gênero em Psicólogos/as Brasileiros/as. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n. 4, p. 744-757, out. 2018.
 25. GONÇALVES, Emília de Fátima Miteroge. A contribuição profissional do assistente social inserido na estratégia de saúde da família e sua implicação para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT. 2019.
 26. KROETZ, Ketlin; FERRARO, José Luis Schifino. A constituição do sujeito em Michel Foucault a partir da história da sexualidade. **Revista Conhecimento Online**, 2019.
 27. LEITE, Madalena; CATELAN, Ramiro Figueiredo. Terapia familiar afirmativa com lésbicas, gays e bissexuais. *Pensando fam.*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 239- 254, jun. 2020.
 28. LIMA, Júlia Guimarães; MENEZES, Mariana Serpa Peixoto. SAÚDE COMO DIREITO HUMANO DA POPULAÇÃO LGBTQIA.
 29. LIMA, Maria Dálete Alves; SILVA, Alcimar da; DANTAS, Maridiana Figueiredo. Os desafios à garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). *Revista Interfaces*, v. 3, p. 119-125, 2016.
 30. MACEDO, Cleber Michel Ribeiro de; SIVORI, Horacio Federico. Repatologizando a homossexualidade: a perspectiva de "psicólogos cristãos" brasileiros no século XXI. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. spe, p. 1415-1436, dez. 2018.

Disponível

em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000400020&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 08 de abril 2024

31. MELO, Gabriela; SIMÕES, Nathan Chagas; BARBABELA, Pedro. Cartilha de saúde LGBTI+. Políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19. UNAIDS, 2020.
32. MENEZES, Moisés Santos; SILVA, Joilson Pereira. Serviço social e homofobia: a construção de um debate desafiador. Artigo Tema Livre, v. 20, n. 1, p. 122-129, 2017.
33. NATARELLI, T. R. P. et al. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. Escola Anna Nery, v. 19, n. 4, p. 664-670, out. 2015.
34. PAVELTCHUK, Fernanda de Oliveira; BORSA, Juliane Callegaro. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 41-54, dez. 2020.
35. PRESTES, E. T.; BAPTISTA, B. J. G.; GEBRATH, Z. L.; SOUZA, M. V. V.; SILVA, C. G. O processo transexualizador no Rio de Janeiro: Dilemas de uma política personificada. Eixo: Serviço social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades. Sub-eixo: Sexualidades, identidades de gênero e direitos. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (XVI ENPESS), 2016.
36. ROCHA, Cássio Bruno de Araujo. APONTAMENTOS TEÓRICOS PARA UMA HISTÓRIA LGBTQIA+: UMA SAÍDA QUEER PARA A POLÊMICA ESSENCIALISMO/CONSTRUCIONISMO. **Revista de História (São Paulo)**, p. a00723, 2023.
37. SANTOS, Daniel Kerry dos. As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à psicologia. Rev. Epos, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000100007&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 08 de abril de 2024
38. SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
39. SHIHADDEH, Nizar Amin; PESSOA, Elisângela Maia; SILVA, Fabiane Ferreira da. A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. **Barbarói**, p. 172-194, 2021.

40. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+. “Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo”, 2ª ed. Secretaria Municipal da Saúde | SMS | PMSP, 2023.
41. SODRE, Francis; GARBOIS, Júlia Arêas; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde debate [online]. vol.41, n.112, pp.63-76, 2017.SOUSA JÚNIOR, Carlos Augusto Alves de; MENDES, Diego Costa. Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema. Cadernos EBAPE. BR, v. 19, edição especial, Rio de Janeiro, 2021.
42. STEWART et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
43. VEZZOSI, J. Í. P. et al. Crenças e Atitudes Corretivas de Profissionais de Psicologia sobre a Homossexualidade. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 39, n. spe3, p. e228539, 2019.

ONDE BUSCAR POR AJUDA

Centro de Cidadania LGBT Capital

Endereço: Praça Cristiano Ottoni s/nº - 7º andar.
Prédio da Central do Brasil - Centro / RJ.
Telefones: (21) 2334-9577 / 2334-9578.

Centro de Cidadania LGBT Baixada I

Endereço: Rua Frei Fidélis s/nº.
Centro - Duque de Caxias / RJ.
Telefones: (21) 2775-9030 / 2775-9049.

Centro de Cidadania LGBT Baixada II

Endereço: Rua Otília 1495 - Queimados / RJ.
Telefone: (21) 3698-6441.

Centro de Cidadania LGBT Serrana

Endereço: Avenida Alberto Braune 223.
Centro - Nova Friburgo / RJ.
Telefone: (22) 2523-7907.

Centro de Cidadania LGBT Leste

Endereço: Rua Visconde de Moraes 119.
Ingá - Niterói / RJ.
Telefones: (21) 2721-4414.

Centro de Cidadania LGBT Médio Paraíba

Endereço: Rua Antônio Barreiros 232.
Nossa Senhora das Graças - Volta Redonda / RJ.
Telefone: (24) 3339-2288.

Centro de Cidadania LGBT Baixada Litorânea

Endereço: Rua José Pinto de Macedo s/nº, Prainha.
Arraial do Cabo / RJ.

Núcleo de Atendimento Descentralizado NAD - Baixada Litorânea

Endereço: Rua Francisco Santos Silva 479, sala 1.
São Pedro da Aldeia / RJ.

Centro de Cidadania LGBT Centro-Sul

Rua Luiz Pamplona, 100 - Centro.

Miguel Pereira / RJ.

OUTROS CONTATOS:

- Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ): (21) 2653-2385.
- SEDSODH - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos: (21) 2334-8013.
- Superintendência de Políticas LGBT RJ: (21) 2334-9561 / (21) 2334-9562.
- Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro - Núcleo dos Direitos da Diversidade (Nudiversis): (21) 2332-6186 / (21) 2332-6344.
- Delegacia de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância (Decradi): (21) 2333-3509.