



ISSN: 2230-9926

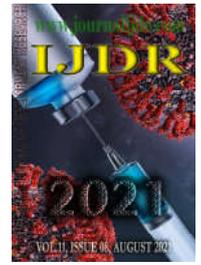
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 08, pp. 49419-49428, August, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22537.08.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

A ABORDAGEM AMPLA E CONTEXTUAL SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+: UMA REVISÃO NARRATIVA

Amanda de Paula Coimbra*¹; Vinicius Chicaroni Cortez dos Santos¹; Donizete Vieira Alves Júnior¹; Bárbara Bertolino Ravagnani¹; Laurynês de Castro¹; Mayara de Biazi Nanetti²; Haroldo da Silva Santana³ and Karen Regina Santana³

¹Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca - SP – Brazil; ²Médica pela Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca - SP – Brazil; ³Docente do Curso de Medicina da Universidade de Franca (UNIFRAN) - Franca - SP. – Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 14th May, 2021
Received in revised form
06th June, 2021
Accepted 08th July, 2021
Published online 29th August, 2021

Key Words:

Minorias sexuais e de Gênero;
Estudos Populacionais em Saúde Pública;
Homofobia; Sexualidade;
Populações Vulneráveis.

*Corresponding author:

Amanda de Paula Coimbra,

ABSTRACT

Objetivo: Disponibilizar conhecimento acerca da saúde da população LGBTQI+, suas demandas, especificidades no atendimento, questionando direitos em saúde e cidadania, contextualizando determinantes socioculturais e político-econômicos. **Discussão:** Realizou-se uma abordagem ampla e contextual em saúde LGBTQI+, dividida em três grupos: a) acesso aos serviços de saúde – discutiu-se o contexto histórico de conquistas na OMS, a Política Nacional de Saúde Integral a LGBT+ e os direitos aos princípios do SUS; b) violência e suas implicações à saúde LGBTQI+ - abordou-se a ineficiência da proteção jurídica, perfil de notificações, violência doméstica e estrutural, consequências da homofobia sobre a saúde, saúde mental e sua epidemiologia; c) capacitação profissional no atendimento ao paciente LGBTQI+ - expôs-se a visão dos pacientes, limitações profissionais, abordagem do tema na graduação e importância do trabalho multidimensional. **Conclusão:** A saúde da População LGBTQI+ reflete sua invisibilidade social e estatal e reclama direitos de Universalidade, Equidade e Integralidade. O olhar ampliado em saúde requer abordagens humanizadas e multiprofissionais, construídas com participação social. O conceito de saúde mostra-se consequência de uma complexa produção social, interligada às decisões políticas que recaem sobre seus determinantes. Apesar do aparente avanço nas conquistas LGBTQI+, deve-se lembrar os embates já ocorridos e os muitos ainda pendentes.

Copyright © 2021, Amanda de Paula Coimbra et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Amanda de Paula Coimbra; Vinicius Chicaroni Cortez dos Santos; Donizete Vieira Alves Júnior; Bárbara Bertolino Ravagnani; Laurynês de Castro; Mayara de Biazi Nanetti; Haroldo da Silva Santana and Karen Regina Santana. 2021. "A abordagem ampla e contextual sobre a saúde da população lgbtqi+: uma revisão narrativa", *International Journal of Development Research*, 11, (08), 49419-49428.

INTRODUCTION

A Constituição Federal de 1988, traz em seu texto a responsabilidade do Estado em promover ações que assegurem a saúde como direito fundamental a todos, de modo que esteja em um contexto de integralidade e equidade. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, em 1990, objetivado a atender as necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros por meio da efetivação dos princípios pelos quais esse sistema é regido. O SUS foi então regulamentado pela Lei N° 8.080, cujos princípios básicos são a Universalidade, Integralidade e Equidade. A Universalidade vem para garantir que a saúde seja um direito de todos; a Integralidade diz respeito à coordenação de ações de modo a atender as necessidades diversas do indivíduo; enquanto que a Equidade objetiva a redução de disparidades^(1,2). Quando falamos em saúde da comunidade LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexo) percebemos um descompasso no que se refere aquilo que é estabelecido na lei e o que é oferecido na prática.

O fato de atribuir uma categoria (LGBTQI+) para fazer referência às questões de orientação sexual e identidade de gênero coloca-se em uma posição em que uma série de marcadores sociais são desconsiderados tais como etnia, condição socioeconômica, escolaridade, idade; moradia; homogêneo um grupo que possui necessidades diversas⁽³⁾. Nesse sentido, tem-se uma população que é estigmatizada em suas diversas dimensões, é alvo de preconceito diário, excluídos socialmente, postos em condição de vulnerabilidade com impacto direto na saúde e bem-estar. Neste campo de marginalização soma-se a existência de um sistema que não oferece tecnologias de saúde em sua plenitude, além da incapacidade dos profissionais em lidarem de forma humanizada e acolhedora com as pessoas que procuram o atendimento em saúde, criando um abismo entre os pacientes e a integralidade e a equidade propostas pelo mesmo sistema⁽³⁾. É importante considerar que a situação se agrava quando estamos tratando de travestis e transexuais, sendo estes os maiores alvos de atitudes discriminatórias. O preconceito relacionado às transformações envolvidas com a readequação sexual soma-se a alguns marcadores sociais, tais como renda, etnia, profissão do sexo,

situação de rua, contribuindo para opressão e exclusão desses subgrupos⁽⁴⁾. Visto a carência de políticas em saúde voltadas para a população LGBTQI+, foi criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011. Tal Política vem para dar visibilidade às demandas dessa população em situação de vulnerabilidade, a partir do reconhecimento da discriminação como um determinante de saúde/doença na vida dessas pessoas. Da mesma forma, tem como compromisso garantir saúde por meio dos princípios básicos do SUS, contemplando medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde⁽⁵⁾. Contudo, percebe-se que ainda há um desamparo político, social e de saúde, evidenciando a necessidade de compromisso do Estado e da sociedade geral em cuidar para que as demandas desse grupo sejam garantidas em sua plenitude⁽⁵⁾. Em meio a esse cenário de privações justifica-se a realização desse trabalho, que tem por objetivo através da abordagem ao tema, identificar os impasses que, somados ao preconceito da população geral, à falta de capacitação de profissionais e à negligência do Estado contribuem, significativamente, para o desmantelamento do exercício da cidadania, sobretudo para o alcance da dignidade humana⁽⁵⁾. Optou-se pelo formato de Revisão Narrativa por atender às necessidades de busca referencial e liberdade crítica que se julgou importante para compor a ideia proposta. Este formato de texto estabelece relação com produções anteriores em determinada área do conhecimento, produzindo o estado da arte sobre uma questão específica; identifica temáticas recorrentes e subtemas que têm recebido menor ênfase na literatura selecionada; explica contextos e aponta novas perspectivas. Os pesquisadores, portanto, além de analisar artigos, periódicos e teses, também os contextualiza a reportagens, estatísticas atualizadas e outras fontes bibliográficas não necessariamente científicas, mas que corroboram com a crítica apresentada. Constitui-se, portanto, de orientação para definir parâmetros de formação de profissionais para atuarem na área em questão e estabelecer diálogo entre literatura e realidade⁽⁶⁾.

MÉTODOS

O presente estudo é uma Revisão Narrativa, forma de publicação ampla apropriada “para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual” como definiu Rother⁽⁷⁾. É um estudo da literatura científica que considera não só as teorias, mas também os contextos, de acordo com a interpretação e análise do autor, podendo compor o conteúdo, além das principais ideias da Bibliografia levantada, Relatórios de Institutos de Pesquisa, reportagens e outras literaturas complementares, de forma a atualizar e fomentar a discussão. Embora sua metodologia não possa ser reproduzida, as Revisões Narrativas contribuem no debate do tema a que se propõe, questionando ideias e lacunas e colaborando na atualização do conhecimento em curto espaço de tempo⁽⁷⁾. O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática no período de março de 2020 a março de 2021. Os artigos selecionados compreendem um período de seis anos (2016 a 2021). Utilizou-se as bases de dados MEDLINE, LILACS, BDEFN, INDEX PSICOLOGIA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO e o descritor “Minorias sexuais e de gênero”. Foram encontrados 4.359 artigos, sendo um total de 156 a partir dos filtros “texto completo”, “português” e “últimos 5 anos”. Desses, foram inclusos artigos considerados relevantes para esse trabalho e excluídos os que não acrescentavam à temática em questão, sob critério dos autores. O banco de dados foi sendo complementado conforme a necessidade de contextualizar as informações. Estes materiais foram lidos na íntegra, catalogados e analisados criticamente.

DISCUSSÃO

Direitos no Acesso à Saúde da População LGBTQIA+

O que preconiza a Organização Mundial da Saúde: Entre 1948 e 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerava a

homossexualidade como doença na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID); usava-se o sufixo “ismo” para determinar a patologia. Apenas em 17 de maio de 1990 a homossexualidade foi retirada da lista de doenças, e, somente em 2018 na 11ª publicação do CID, a OMS deixou de incluir o denominado “transtorno de identidade sexual” ou “transtorno de identidade de gênero”, refletindo o retrocesso assistencial à saúde ao qual a comunidade LGBTQI+ está submetida⁽⁸⁾. A transexualidade se encontra agora em uma nova categoria do CID, das condições relativas à saúde sexual, como “incongruência de gênero”. Para a OMS, os cuidados de saúde podem ser melhor ofertados se a condição estiver dentro do CID, possibilitando melhor acompanhamento médico no processo de transição de gênero. A OMS já disponibiliza o CID 11 em seu site para que os países realizem sua tradução e adaptação, entrando em vigor em 1º de janeiro de 2022⁽⁹⁾.

Em 2015 a OMS publicou o documento *Sexual health, human rights and the law* (Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei), uma das raras diretrizes internacionais que trata da saúde como orientação de coletividades na coordenação de políticas e ações em saúde. No Brasil, o texto foi traduzido pelo Grupo Temático Saúde da População LGBTI+ (GT LGBTI+/Abrasco) e lançado em agosto de 2020. O documento é composto por cinco seções, abordando diretrizes sobre a saúde sexual, o estigma e a discriminação no acesso à saúde. Apresenta orientações sobre demandas específicas, como de pessoas privadas de liberdade, pessoas com deficiência, em trabalho sexual, que vivem com o HIV, migrantes e outros. Ainda, aborda temas como a LGBTfobia, violência sexual, abuso infantil, tráfico de pessoas para prostituição, mutilação feminina e práticas abusivas em atendimentos em saúde que afetam a saúde sexual e a sexualidade⁽¹⁰⁾. Em termos gerais, a OMS afirma que a saúde de um indivíduo não é definida apenas como a ausência de patologias, mas sim a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social; sendo um ideal utópico quando se pensa em populações marginalizadas como a comunidade LGBTQI+, perpassada por exclusão, privação de direitos e violências em suas variadas formas. A desassociação de homossexualidade e doença, apesar de tardia, foi uma conquista importante para avanços nos mais diversos meios que se propõe a enxergar esta população; porém, essas conquistas são confrontadas com grandes retrocessos: ainda existem 70 países onde a homossexualidade é criminalizada, com casos de prisão e até pena de morte, evidenciando o descaso de governos e organizações internacionais na preservação da vida dessa população^(5,11).

A Política Nacional de Saúde Integral à Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais: O Ministério da Saúde (MS) no dia 1º de dezembro de 2011 apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836, que traz diretrizes expressas no programa Brasil sem Homofobia (2004). É composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas para abranger de forma igualitária o acesso à saúde da população LGBTI+⁽⁵⁾. Este documento é um marco para as políticas públicas de saúde do Brasil e um reconhecimento das demandas desta população em vulnerabilidade. Teve coordenação, à época, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, compondo o Programa Nacional de Direitos Humanos e direcionando-se através das diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia⁽⁵⁾. A Política Nacional de Saúde Integral LGBTI+ legítima, mais uma vez, os efeitos da discriminação, exclusão e violência no processo de saúde-doença dessa população, objetivando mudanças na determinação social da saúde através da redução de desigualdades. Além das ações em saúde, ela incentiva a produção de conhecimento e o fortalecimento da representatividade nas instâncias de participação popular. A ausência de discriminação e a desconstrução de ideias pré-concebidas a partir de uma cultura cis-heteronormativa é pautada como fundamental para oferecer plena dignidade ao paciente LGBTQI+ que busca por atendimento em saúde e para que este seja o mais resolutivo possível⁽⁵⁾. Para a efetivação destes objetivos, a Política LGBTI+ articula um conjunto de medidas a serem concretizadas em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, principalmente em

secretarias municipais e estaduais de saúde. Os conselhos de saúde e a sociedade civil devem acompanhar a implementação desses programas de forma cotidiana e permanente^(5,12,13). A aplicação da Política LGBTQ+ deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde, de gestores, conselheiros, e técnicos às equipes de saúde, que dão o primeiro atendimento para essa população. É importante ressaltar que, enfrentar verdadeiramente a discriminação e exclusão social requer promover a democracia social e a laicidade do Estado, para além de reformar a consciência sanitária^(5,12,13).

Acesso ao Sistema Único de Saúde: Questionando a Universalidade, a Integralidade e a Equidade: No Brasil, a atenção à saúde LGBTQ+ deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde se uniu a movimentos sociais de defesa dos direitos dessa população visando o combate à AIDS. Nessa época, as ações incluíam a disponibilização de assessoria jurídica, atuação no fortalecimento dos serviços, campanhas de comunicações e ações para visibilidade dessa população^(5,14). Essa parceria se mantém por mais de duas décadas de acúmulo teórico e também de ações para promoção da saúde. A partir dela, outros programas foram criados, como o Brasil sem Homofobia, lançado pelo governo federal em 2004, com diretrizes para o combate à violência e à discriminação^(5,14). Porém, ainda se mostra notório que a população LGBTQ+, devido aos estigmas sociais pautados por uma cultura heterocisnormativa, tem seus direitos humanos básicos feridos e se encontra em situação de vulnerabilidade, traduzida em discriminação, exclusão e violação do direito à saúde, dignidade e autonomia. Segundo dados no Ministério da Saúde, duas a cada três pessoas LGBTQ+ já sofreram algum tipo de discriminação motivada pela identidade sexual e/ou gênero, cerca de 85% eram travestis e transexuais, o grupo mais marginalizado dentre as letras^(5,14,15).

Através da portaria nº2836 em 2011, na qual o MS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, objetivou-se reduzir as desigualdades no acesso a Saúde no Brasil. O serviço, entretanto, ainda se mostra falho no cumprimento dos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade propostos pelo SUS na Lei nº 8.080/90, que apresenta em seu terceiro artigo o conceito ampliado de saúde, reconhecendo que não se trata apenas de bem-estar físico, ou seja, a ausência de doenças, mas sim a junção de condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde^(5,15,16). O princípio da Universalidade, que caracteriza a saúde como um direito de cidadania, incluindo cobertura, acesso e atendimento nos serviços SUS à todos, sem discriminação de qualquer ordem, é violado, por exemplo, nos casos em que essa população evita procurar os serviços de saúde por acreditarem que serão estigmatizadas e que suas necessidades específicas não serão atendidas; ou, ainda, quando esse acesso lhe é deliberadamente negado por um profissional devido sua orientação sexual/identidade de gênero^(1,15). A Integralidade caracteriza-se como princípio que determina o atendimento de forma plena, nos três níveis de assistência, através da articulação de medidas curativas e preventivas. No entanto, considerando que os profissionais de saúde ou não são capacitados a atender ou não têm conhecimento da orientação sexual/identidade de gênero do paciente – pelo receio do paciente em revelar e/ou pela relação médico-paciente baseada em uma premissa heterocisnormativa – o atendimento não pode ser realizado de forma plena, pois suas necessidades específicas, como por exemplo o acesso a níveis mais complexos de saúde pelas transexuais, não serão atendidas^(1,15).

Por meio da Equidade, objetiva-se reduzir as diferenças sociais, conferindo atendimento desigual para necessidades desiguais, definido como o princípio de justiça social. Valendo-se do exemplo anterior, se a identidade de gênero/orientação sexual não é sabida, o paciente LGBTQ+ não receberá um atendimento que considere suas vulnerabilidades; da mesma forma, se os profissionais não são capacitados a identificar os fatores de risco a que essa população está submetida, as especificidades de suas demandas, como conflitos familiares, dificuldade na garantia do trabalho, da moradia e do

acesso a medicamentos, bullying no ambiente escolar, restrita rede de apoio, dentre outras, não serão resolvidas^(1,15,17). Dessa maneira, infere-se que, mesmo o assunto sendo pauta de muitas discussões, ainda falta um longo caminho para que o acesso à saúde pela comunidade LGBTQ+ seja equânime ao dos outros usuários do Sistema Único de Saúde⁽¹⁷⁾.

Violência contra a população LGBTQIA+ e suas Implicações à Saúde

O que rege a Constituição Federal

Pessoas LGBTQ+ enfrentam ferrenhas batalhas civis e jurídicas, buscando seus direitos mínimos a respeito e segurança. Em uma revisão histórica, relata-se a homossexualidade como um pecado punido com pena capital e com rótulo de sodomia, revelando a cultura religiosa como determinante no tratamento de pessoas LGBTQ+. Posteriormente, a prática homoafetiva era vista como crime e igualmente castigada com pena de morte, haja vista fogueiras da Inquisição que arderam inclusive no Brasil. Depois de superada a abordagem criminal, teve-se o desditado conceito de doença ou distúrbio, sendo retirado da Classificação Internacional de Doenças (CID) pela Organização Mundial da Saúde apenas em 1990, graças a movimentos LGBTQ⁽⁸⁾. A homofobia é um comportamento discriminatório, que viola o Direito Humano fundamental de liberdade de expressão singular humana. Apesar do Brasil ser o país que mais mata pessoas transexuais no mundo, ocupando o inglês ranking por 12 anos consecutivos, as leis em vigor no país ainda não preveem o crime de homofobia de forma clara. (18)

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 3º, inciso XLI, determina que “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”; e no Art. 5º, inciso XLI, que a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais⁽²⁾. Em 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) votou pela criminalização da homofobia através da Lei de Racismo (7716/89) em que foi citado a omissão e inércia do Congresso frente ao assunto. Desde 2001 tramita um Projeto de Lei (PL) para que sejam incluídas discriminação por “gênero, sexo, orientação sexual e identidade de gênero” no Art. 3º supracitado, que está arquivado após duas legislaturas seguidas sem ser votado. Este retrocesso vem sendo provocado, principalmente, pelo fundamentalismo religioso e recrudescimento do conservadorismo e seus representantes no Congresso Nacional, opondo-se a conquista da cidadania plena pela comunidade LGBTQ+. A Lei de Racismo prevê crime inafiançável e imprescritível e pode ser punido com um a cinco anos de prisão e multa; e penaliza cidadãos, inclusive detentor de função pública, e toda organização social, empresa privada ou pública (escolas, restaurantes, postos de saúde, etc.)^(2,8,19,20).

O Código Penal Brasileiro, por sua vez, prevê pena de até nove anos para quem xingar, humilhar ou discriminar qualquer pessoa em virtude de sua orientação sexual ou identidade de gênero (Art. 140); até seis anos para quem espalhar que alguém transmite doenças sexualmente transmissíveis em virtude de sua orientação sexual ou identidade de gênero (Art. 138); até 30 anos se matar uma pessoa em razão de sua orientação sexual ou identidade de gênero (Art. 121)⁽²¹⁾. Em junho de 2021, a Deputada Estadual de São Paulo Erica Malunguinho protocolou o Projeto de Lei 415/21, que “Torna obrigatório a formação continuada em Direitos Humanos e Práticas anti-discriminatórias aos servidores públicos estaduais que atuam no acolhimento/atendimento ao público LGBTQ+”. Medidas como essa exigem do Estado o cumprimento das garantias civis em segurança, saúde e dignidade da população LGBTQ+ e mostram a importância da representatividade dessa população em âmbito político⁽²²⁾. A ausência de políticas públicas que assegurem a proteção da população LGBTQ+ ou a falta de garantia de que sua defesa de direito seja uma realidade possível frente a tanto silenciamento, aumenta a sensação de insegurança - impactando negativamente sua saúde mental - e sua

vulnerabilidade, visto que os ofensores e agressores já esperam a impunidade^(12,20).

Perfil das Notificações de Violência contra a População LGBTQI+

A violência, como trataremos aqui, é uma ação com desejo de destruição do outro – por isso, não existe “instinto de violência”, considera-la assim seria justificá-la e banaliza-la - capaz de violar ou anular a dignidade humana, integridade psíquica e física, coisificando e provocando danos intensos e irreparáveis. Ela é considerada um problema de saúde pública por impactar nas taxas de morbimortalidade, com números assustadores de homicídios, e pelo prejuízo biopsicossocial das vítimas, que sofrem ferimentos, doenças mentais, prejuízos no desenvolvimento, privação social, entre outras violações. A expressão da violência pode ser psicológica, com agressões verbais ou gestuais, para humilhar, aterrorizar ou rejeitar a vítima; pode causar restrição de sua liberdade ou isolamento do convívio social; pode ser física, para produzir dor, ferimentos e morte; e sexual, por meio de violência física, aliciamento ou ameaça^(23,24). A LGBTfobia é uma consequência e manifestação do sexismo, uma reação violenta a vivências desviantes dos papéis sexuais impostos pela sociedade, com estreita ligação à violência de gênero. Em tempos passados, anterior a importantes conquistas de movimentos LGBTQI+, essa violência era expressa até mesmo em instituições que deveriam prover saúde. A terapia aversiva, onde choques elétricos eram deferidos nos genitais a cada vez que imagens eróticas entre pessoas do mesmo sexo eram exibidas aos pacientes e castração química - sendo uma das vítimas mais conhecidas o gênio matemático, Alan Turing, sem o qual o desenvolvimento computacional não seria o mesmo - faziam parte dos tratamentos para homossexualidade⁽²⁵⁾.

Após deixar de ser considerada uma patologia e com os avanços sociais a favor dos direitos humanos, a população LGBTQI+ passou a ter mais visibilidade e hoje, através de pesquisas e meios como o Disque Direitos Humanos (Disque 100), dados podem ser coletados e utilizados na elaboração de estratégias de confronto dos impeditivos da vivência digna dessa população^(23,24). No contexto brasileiro, país que mais mata pessoas LGBTQI+ no mundo, responsável por 44% dos homicídios motivados pela orientação sexual/identidade de gênero do planeta segundo dados do Grupo Gay da Bahia (GGB), monitorar a incidência da violência contra esse grupo é fundamental. Esse trabalho é de responsabilidade da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, que realizou os primeiros estudos oficiais sobre o tema na América Latina, o Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, anos 2011/2012/2013, através, principalmente, de denúncias coletadas no Disque 100^(23,24). De acordo com tal Relatório, no ano de 2013, de 1906 denúncias de violência contra a população LGBTQI+, 40,1% eram de ordem psicológica, 36,4% discriminatória e 14,4% física. Vale ressaltar, que a naturalização de agressões verbais e/ou psicológicas aumenta o risco para violências físicas e sexuais. A região Nordeste foi a mais LGBTfóbica, tendo 28% da população nacional, foi responsável por 43% das mortes; as regiões Sudeste e Sul foram responsáveis por 35% e o Norte e Centro Oeste por 21%^(23,24,25).

Quanto à orientação sexual, a maioria das vítimas não quis informar (46,8%), gays foram responsáveis por 24,5% das denúncias, travestir por 11,9%, lésbicas 8,6%, transexuais 5,9% e bissexuais 2,3%. No entanto, a própria Secretaria dos Direitos Humanos questiona a invisibilidade das pessoas trans, visto que, em dados midiáticos, as Travestis e Transexuais representaram 51,68% das denúncias de violência noticiadas^(23,25). Questiona-se, também, a subnotificação dos homicídios do grupo T. No Brasil, 90% das Travestis e Transexuais ainda têm que se submeter à prostituição para sobreviver e a maioria o faz na rua, aumentando sua exposição a violências, que muitas vezes resultam em morte. De acordo com dados do Observatório de Assassinatos Trans, 175 pessoas transexuais foram mortas no país em 2020. Segundo levantamento da Associação Nacional de Travestis e Transexuais, no primeiro semestre de 2021 foram 80 mortes, sendo

uma das vítimas, de 13 anos, morta a pauladas no Ceará, a mais jovem desde o primeiro levantamento, em 2018. O Brasil continua sendo a nação mais violenta para essa população por 12 anos consecutivos, onde sua expectativa de vida é de apenas 35 anos^(18,26,27). A maioria das vítimas foram pretos e pardos (39,9%), os brancos representaram 27,5% das denúncias. Sobreposições de vitimizadas elevam a vulnerabilidade desses grupos; quando sexismo, racismo, pobreza e credo se juntam à orientação sexual/identidade de gênero desviantes, o risco de sofrer violências aumenta^(23,24,25).

A faixa etária predominante foi de jovens, sendo as vítimas entre 15 e 30 anos responsáveis por 54,9% das denúncias, fato justificável por seu maior acesso às redes sociais e informações sobre os canais de denúncia. Os dados de escolaridade só aparecem no Relatório de 2011 e apontam que a maioria das vítimas já havia concluído o ensino médio completo (58,3%), revelando que o empoderamento do sujeito se dá, também, com o aumento da escolaridade^(23,24,25). Sobre o perfil das agressões físicas, são reportadas fraturas, queimaduras, quebra de dentes, sendo empurrões e socos as mais frequentes, semelhante a dados do Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo sobre a violência contra a mulher, que em 2001 apontou que uma a cada cinco mulheres já sofreu violência de gênero, sendo essas formas de agressão as mais citadas, explicitando que esse tipo de violência é comum em populações vulneráveis. A região corporal anterior é a mais atingida, em especial a face, tendo caráter humilhante e sobrepondo a violência física e psicológica, intensificando sintomas somáticos e prejudicando a autoestima^(23,24,25).

Quanto à relação com os agressores, estudo desenvolvido em Cajazeiras, no interior do Nordeste, apontou que 75% eram desconhecidos ou vizinhos e 41,7% eram membros da família. O local de maior ocorrência das violações foi na rua, com 75% das situações, apontando a vulnerabilidade a que a população LGBTQ+ em situação de rua e aqueles que a utilizam como meio de renda estão sujeitos. Tais dados se assemelham ao Relatório de 2013^(23,24,25). A homofobia deixa cicatrizes físicas e emocionais, prejudicando as relações familiares e sociais, o desempenho escolar e de trabalho, os relacionamentos amorosos, a saúde, a estabilidade financeira e residencial, a autoaceitação e o senso de segurança, reforçando ser uma questão de saúde pública^(23,24,25).

Na Metamorfose de Kafka: Quando a violência começa em casa

No livro *A Metamorfose*, de Franz Kafka, o personagem principal se vê metamorfoseado em uma espécie de barata gigante, e, a partir de então, é desumanizado por sua família, sentindo a dor da rejeição em razão do que exterioriza e tendo um fim mórbido⁽²⁸⁾. As relações familiares são determinantes para produção de saúde e doença mental no grupo LGBTQI+. Estudos que compararam gêmeos heterossexuais e não-heterossexuais evidenciaram um impacto maior dos estressores familiares (socioambientais e genéticos) nos gêmeos não-heterossexuais do que em seus irmãos heterossexuais^(20,25). Os maiores índices de depressão, abuso de substâncias e suicídio estão naqueles que reportam maior rejeição familiar, sendo a intensidade dos sintomas de estresse desencadeados proporcionais à maior intensidade da forma de segregação do indivíduo. Ainda, é observado que indivíduos LGBTQI+ que sofreram agressão física apresentam maior risco para suicídio do que aqueles que experienciaram agressões psicológicas isoladamente no âmbito familiar^(20,25). Neste contexto, as crianças transexuais, especialmente, podem já apresentar distúrbios de autopercepção em consequência às reações familiares. O processo de definição da identidade de gênero pode acarretar desde a infância, além dos conflitos internos de não adequação aos papéis de gênero que a genitália lhe impõe, conflitos externos, causados pela sociedade e pela própria família, que chega a submetê-los a diversos tratamentos que reprimem estas crianças e não as permite viver de forma plena essa fase de sua vida, gerando reflexos significativos na vida adulta^(20,25). Adquirir respeito e aceitação familiar em geral é uma etapa repleta de sofrimento para o indivíduo LGBTQI+, que, além do sentimento de rejeição, ainda lida com o medo do abandono familiar. Os conflitos familiares podem contribuir ou provocar a saída de casa,

que, associando-se a falta de acesso a trabalho e renda formal, pode ter na rua o seu desfecho⁽²³⁾. A aceitação familiar, por outro lado, está relacionada a maior autoaceitação da orientação sexual, indicadores mais altos de revelação da orientação sexual e a maiores níveis de bem-estar. Em jovens LGBTQI+, esta aceitação está associada ao desenvolvimento de identidades saudáveis^(20,25). Por essa perspectiva, intervenções com pais e familiares próximos de pacientes LGBTQI+ são práticas afirmativas, orientando sobre a expressão natural da sexualidade desses indivíduos para que, munidos de informações, possam repensar e mudar ideias e comportamentos, a fim de fomentar o suporte familiar, um dos fatores moderadores do Estresse de Minorias (EM) como determinantes da saúde mental^(20,25).

Violência Estrutural: Quando até o Acesso à Moradia é Negado: Pensar a vida de pessoas em situação de rua requer perceber sua complexidade e sua realidade multifacetada, desprendendo-se do estereótipo social que os diminui a “mendigos” ou “vagabundos”, e considerando os processos macrosociais consequentes do capitalismo, que produz desigualdades sociais, de gênero, raça, orientação sexual, entre outras. Apesar da grande heterogeneidade, pessoas em situação de rua têm a pobreza, o rompimento de laços familiares e a desfiliação social pela ausência de trabalho formal em comum^(20,23). Pessoas em situação de rua são consideradas mais vulneráveis à violência do que indivíduos que não se encontram nesta condição. Da mesma forma, pessoas LGBTQI+ estão mais susceptíveis à violência que pessoas heterossexuais, mesmo quando comparados a indivíduos também em situação de rua, constatando-se que a população LGBTI+ em situação de rua é duplamente vulnerável^(20,23). Apesar disso, há poucas pesquisas sobre a população LGBTQI+ neste contexto de privações. Em levantamento realizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, os únicos dados são referentes aos percentis de homens e mulheres em situação de rua, sem levar em consideração orientação sexual ou identidade de gênero. A escassez desses dados, assim como a temática na literatura brasileira, reflete a estigmatização e exclusão histórica a que esses grupos estão submetidos, até mesmo de forma separada^(20,23).

A transformação dessa realidade vem a passos lentos, mas estudos e políticas públicas estão inserindo essa população em suas pautas, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs. No entanto, a realidade é distante do preconizado em diretrizes de políticas públicas, especialmente em um indivíduo LGBTQI+ em situação de rua^(20,23). Não existe um levantamento nacional a respeito dos números dessa população e mesmo os dados de localidades específicas são questionáveis. Segundo pesquisa feita pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da cidade de São Paulo, a percentagem da população LGBTQI+ em situação de rua varia entre 5,3% e 8,9%; dado bastante destoante de pesquisas internacionais, onde a percentagem chega a 40%, sendo o rompimento de laços familiares devido a identidade de gênero ou orientação sexual, agressões físicas e abuso sexual os motivos mais citados para estarem nessa condição. Quanto às condições de vida, no entanto, há muitas semelhanças: são mais vulneráveis a agressões físicas e verbais, são constantemente impedidos de estar em lugares públicos e resta-lhes exercer atividades marginalizadas^(20,23). Tais dados, entretanto, revelam apenas o perfil demográfico, desconsiderando as singularidades da vivência da diversidade sexual na rua, pois, por mais que haja um projeto de extermínio da vida abjeta, ela resiste. De acordo com a primeira pesquisa censitária sobre indivíduos em situação de rua que incluiu dados sobre a população LGBTQI+ realizada em São Paulo, o exercício de atividades marginalizadas (venda de drogas, mendicância e roubo) é expressivamente maior em indivíduos LGBTQI+ do que em heterossexuais em situação de rua. A prostituição apresenta dados ainda mais distantes, sendo exercida por 20% da população LGBTQI+ e 1% no grupo heterossexual, que tem outras oportunidades de renda nas ruas. O percentual de violência sexual é assustador, chegando a 25% na população LGBTQI+ e 3% nos indivíduos heterossexuais^(20,23).

No recorte étnico-racial, a população em situação de rua é em sua maioria negra. Sustentando os racismos estrutural e institucional, a mídia associa essas pessoas à criminalidade e negligencia suas mortes, muitas vezes culpando as próprias vítimas por seus assassinatos através de representações depreciativas de dependentes químicos. Na interseção situação de rua, pele negra e orientação sexual/identidade de gênero há extrema vulnerabilidade, sendo racismo e homofobia uma combinação atroz^(20,23). É urgente a necessidade de considerar a existência e as especificidades da população LGBTQI+ em situação de rua, para que se construam novos movimentos que garantam um espaço de protagonismo, troca de experiências, formação e debate, buscando formas de resistir e enfrentar as tentativas de “higienização social”, expostas pelo grande número de homicídios dessa população. Esse espaço é restrito até mesmo entre os próprios pares com quem dividem a rua como meio de sobrevivência, invisibilizando ainda mais suas pautas e tornando-os os mais excluídos e vulneráveis entre a população em situação de rua. Intervenções que contribuam para a afirmação da vida dessas pessoas, como o Núcleo de Mulheres e LGBT em Situação de Rua, no Rio Grande do Norte (RN), devem ser mantidas e universalizadas. Analisar a origem e manutenção dos estigmas e violências a que essa população está exposta, visibilizar suas vidas e demandas são práticas indispensáveis para construir, junto a elas, meios para uma mudança estrutural necessária e de direito^(20,23).

A Homofobia e suas Implicações sobre a Saúde

Na década de 60, George Weinberg criou o termo “homofobia”, difundido posteriormente por seu livro *Sociedade e a Saúde Homossexual* (tradução livre) publicado em 1972, de fundamental importância para confrontar ideias preconceituosas e visibilizar o tema no meio científico da época. A partir de tal termo, o foco foi direcionado a quem discriminava pessoas LGBTQI+, nomeando seus comportamentos violentos⁽²⁹⁾. Alguns pesquisadores da área, no entanto, consideram essa denominação insatisfatória, pois enfatiza situações de extrema apreensão psicológica, podendo minimizar assassinatos, por exemplo, e o sentimento predominante no agressor é a raiva, e não a ansiedade. O termo substituído sugerido seria “preconceito sexual”, quando o indivíduo é discriminado por não seguir a norma cisheterossexista de certa cultura, e não por pavor ou medo do contato, como insinua a homofobia⁽²⁹⁾. Existe também o conceito de heterossexismo, ideia que considera a heterossexualidade como única expressão sexual aceitável, estando relacionado à conservação de papéis sociais através de comportamentos machistas e sexistas. É um sistema coletivo, cultural e político que dissemina normas e valores, estruturando-se nas diferenças de gênero⁽²⁹⁾. Independentemente do termo utilizado, o fato é que a violação da dignidade humana, através da violência, seja ela verbal, física ou sexual, acarreta prejuízos à saúde da pessoa LGBTQI+. Tais déficits alteram todos os componentes definidos pela OMS como necessários à saúde, desde a integridade psicológica ou física, até as relações sociais e de trabalho^(25,30).

A Teoria do Estresse de Minoria (EM) argumenta que minorias sociais experienciam estressores específicos, além dos estressores cotidianos, de forma interseccional, ou seja, os status de minoria (etnia, classe social, orientação sexual/identidade de gênero) se sobrepõem, elevando os riscos à saúde mental a cada minoria adicionada; ressaltando-se que os estressores são diferentes para cada grupo minoritário^(25,30). De fato, estudos apontaram uma associação entre EM e níveis diurnos elevados de cortisol. A pessoas LGBTQI+ está treinada a esperar reações agressivas, mantendo-a em um constante estado de alerta, uma vez que experiências de rejeição podem vir dos mais diversos meios, como familiar, escolar e profissional, de pessoas conhecidas ou não. Sua condição de minoria a expõe constantemente a riscos, sendo o estresse proveniente não apenas da violência em si, mas também da antecipação dela. Esse nível constante de estresse predispõe a população LGBTQI+ ao Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG), Depressão, Pânico, Fobia Social, entre outros^(25,30). Além de patologias mentais, ocorre prejuízos em suas relações e desenvolvimento escolar e profissional. Há comprometimento da procura por emprego, especialmente para

aqueles que não se submetem aos padrões cisnormativos, e da aceitação no ambiente escolar, exigindo um esforço da pessoa LGBTQI+ para se adaptar a essas situações. Prejuízos no desempenho escolar e a presença de ideação suicida em jovens LGBTQI+ associam-se à vivência de situações de bullying na escola^(25,30).

Vale destacar, que as relações entre indivíduo e ambiente são determinantes no desenvolvimento do autoconceito positivo, sendo a homofobia internalizada e situações de vitimização associadas a prejuízos na autoestima. Isso pode afetar, além de relacionamentos sociais, os hábitos saudáveis e de autocuidado, expressos em padrões de alimentação, atividade física e sono inadequados, que podem ser desencadeantes de sintomas como cefaleia, mialgia, vômitos, desnutrição e desmaio. Estudos baseados no Big Five Model, que discute os cinco grandes fatores de personalidade, concluíram que indivíduos LGBTQI+ com níveis elevados de EM sofrem de elevados índices de neuroticismo e menores índices de extroversão e sociabilidade^(20,30,31). Na busca por amenizar os sintomas de sofrimento psíquico, pessoas LGBTQI+ podem recorrer ao uso abusivo de álcool e outras drogas de efeito psicoativos, sendo a relação desse ato autodestrutivo íntima à rejeição familiar e situações extremas de violência. Esse hábito, além de predispor a patologias hepáticas e sistêmicas, é um agravante na saúde mental, estando associado a maiores níveis de ideação suicida e sendo, portanto, tópico importante a ser investigado no atendimento à saúde^(20,30,31). Além disso, pessoas LGBTQI+ têm risco mais elevado de sofrerem violência sexual, o que predispõe ao desenvolvimento de estresse pós-traumático, depressão e ideação suicida. Ainda, há a possibilidade dessa violência resultar em gestação, que, em uma pessoa LGBTQI+, principalmente não-cis ou não-binária, pode resultar em mais sofrimento na busca ao serviço de saúde, visto que os profissionais, ainda repletos de preconceitos, não estão aptos a lidar com esses pacientes, reproduzindo ideias heteronormativas e falhando no acolhimento que seria tão vital neste momento^(20,30,31). Estas informações alertam para as vulnerabilidades em saúde, em todos os seus determinantes biopsicossociais, a que estão expostas pessoas LGBTQI+, para além das demandas relativas ao comportamento sexual ou depressivas, revelando necessidades sociais específicas relacionadas às vivências de estigma, discriminação, exclusão e violência. São necessários o diálogo e a educação dos profissionais de saúde sobre as particularidades destes pacientes, para que exerçam com capacidade uma assistência livre de ideias LGBTfóbicas e permitam que essas pessoas busquem os serviços de saúde sem medos ou barreiras, fazendo valer seus direitos no SUS^(20,30,31).

Fatores Psicossociais Agravantes no Desenvolvimento de Transtornos Mentais: A população LGBTI+ apresenta fatores de risco para o desenvolvimento transtornos psiquiátricos, sobretudo a depressão. Por apresentarem comportamentos considerados dissonantes da convenção social majoritária, ou seja, da heteronormatividade, é alvo de demonstrações públicas de preconceito, agressões físicas, verbais e/ou psicológicas e sexuais^(32,33). Um dos reflexos dessa discriminação é o fato do Brasil apresentar o maior índice do mundo de violência contra a população LGBTQI+, e estes casos são, geralmente, abordados com insuficiência jurídica, ora com descaso, ora com impunidade. Assim, tal conjuntura representa uma das causas psicossociais para distúrbios depressivos nessa população^(20,30,33). A convenção social majoritária acima citada tem profundas conexões com os fundamentos morais e religiosos vigentes no país. A evolução histórica das ideias acerca dos gêneros no Brasil levou à construção de um arcabouço ideológico sustentado pela rejeição à diversidade de gêneros, marcada pela dualidade fixa e irrefutável entre homem e mulher. Esta estrutura se propaga até os dias atuais, e atinge a população LGBTQI+ através de sentimentos de opressão, frustração, vergonha de si mesmo, baixa autoestima, entre outros, os quais têm a tendência natural a culminar no adoecimento dessas pessoas^(33,34). Esse contexto social ameaçador e privatizador da liberdade de gêneros gera acentuado sofrimento psicossocial, secundária sobretudo a um estado constante de ansiedade e que determina o surgimento de conflitos internos, angústia e insegurança, deixando assim a população LGBTQI+ mais

suscetível, por exemplo, à manifestação de sintomas depressivos ou de pânico⁽³⁰⁾.

Um fato agravante desse contexto social psicologicamente insalubre é a extensão do mesmo para os serviços de saúde. Embora existam instrumentos constitucionais voltados à garantia da saúde e seu acesso à população LGBTQI+, o estigma social também está presente em muitos profissionais de saúde. Assim, o ambiente que deveria ser acolhedor e uma oportunidade de solução dos problemas psicológicos é, na verdade, também reflexo dos estigmas sociais^(20,30,33). Devido ao medo social e a falta de capacitação dos profissionais para lidar com as questões peculiares a este grupo, há uma resistência desses usuários de acessarem tais dispositivos, uma vez que se sentem inseguros e receosos de expressarem sua sexualidade. Importante ressaltar que a temática da diversidade de gêneros ainda é indevidamente tratada durante a formação dos trabalhadores de saúde, que contribuem para a propagação da heteronormatividade e suas complicações sociais⁽²⁰⁾. Como apontado pela Teoria do Estresse de Minorias (EM), a suscetibilidade a doenças mentais é diretamente proporcional ao acúmulo de status de minorias – aqui, no sentido político, posto que, muitas vezes, negros e mulheres, por exemplo, compõe maioria numérica na população, mas não têm seus direitos garantidos por uma política dominada por homens brancos⁽³⁰⁾.

A raça, portanto, é um fator importante a ser ponderado na análise das forças sociais que direcionam ao adoecimento mental da população LGBTQI+. Processo esse mais acentuado nas mulheres negras cisgênero lésbicas e bissexuais, refletindo, além da LGBTfobia, o racismo e a misoginia que permeiam a cultura capitalista. Integrantes desse grupo, por motivos sociais ou de discriminação, possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica. Além disso, observa-se um descaso assistencial para com as suas especificidades sanitárias, como maior incidência e prevalência de miomas uterinos em mulheres negras, alta prevalência de doença falciforme em mulheres em idade fértil, alta prevalência de violência doméstica e no trabalho e além do maior número de portadores de infecções sexualmente transmissíveis⁽²⁰⁾. A classe econômica que ocupa pessoas LGBTQI+ também é fator social no desenvolvimento dos transtornos mentais. Essa relação pode ser compreendida a partir dos pensamentos do sociólogo Pierre Bourdieu. O autor disserta sobre como a disponibilidade de capital reflete no local que o indivíduo ocupa socialmente. Basicamente, o capital define o lugar social que por sua vez define diferentes níveis de tomada de posição. Aplicando essa noção ao coletivo LGBTQI+, aqueles que detêm de capital econômico não possuem as mesmas demandas que um LGBTQI+ que não possui o mesmo capital. Desse modo, não obstante compartilharem o mesmo grupo social, não ocupam os mesmos espaços bem como não detêm das mesmas oportunidades de acesso aos serviços de saúde⁽²⁰⁾. A religiosidade pode ser fator protetivo ou destrutivo. Ela pode contribuir positivamente se oferece um suporte emocional e social diante da vivência de experiências violentas. Por outro lado, na maioria das vezes - a depender da cultura religiosa predominante no país - ela afeta negativamente a saúde mental do indivíduo LGBTQI+, quando define “padrões morais”, proibindo práticas sexuais que fuja da norma heterossexual, gerando culpa, internalização da homofobia, repressão de sentimentos, tristeza e isolamento social. Diante disso, a escuta, durante o atendimento deve ser qualificada, para que não se oriente a busca por grupos institucionais religiosos, como se faz, muitas vezes, para o apoio social de pessoas heterossexuais. É preciso ter ciência se este paciente se sentirá acolhido ou oprimido neste ambiente⁽²⁰⁾. Como definiu Vilella, “saúde mental e saúde emocional têm a ver com a capacidade de concretização dos desejos de felicidade de cada uma das pessoas.” Portanto, estar em um contexto de privação de direitos, discriminação, violência e sem a liberdade plena para viver de forma desejada afeta diretamente a saúde emocional dessa população⁽²⁰⁾.

Epidemiologia em Saúde Mental da População LGBTQI+: A epidemiologia é um instrumento importante na demonstração da problemática que envolve a saúde mental na população LGBTQI+. Estudos apresentam estatísticas que revelam maiores prevalências

tanto de sentimentos autodepreciativos como de transtornos psiquiátricos – depressão e ansiedade, principalmente - nesses usuários⁽²⁰⁾. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2012, foram registrados 4.851 casos de discriminação voltada à indivíduos homossexuais, onde a maioria das vítimas, cerca de 61,16%, tinha idade entre 15 e 29 anos. Segundo estudos, homens gays e bissexuais apresentam maior probabilidade de serem diagnosticados com depressão quando comparados com homens heterossexuais, cerca de duas vezes mais. Pessoas LGBTQI+ apresentam altos níveis de ansiedade e ideação suicida. Segundo dados do Grupo Gay da Bahia (GGB), a população LGBTQI+ apresenta uma frequência de suicídios quatro vezes maior que a população geral. Em 2018, as maiores percentagens de suicídio foram de homens gays (60%), seguidos de lésbicas (31%), transexuais (6%) e bissexuais (3%). Acredita-se que os números reais sejam maiores, visto a subnotificação desses casos^(20,30,33).

As Travestis e Transexuais apresentam maior risco para a experimentação do sofrimento psíquico e adoecimento mental. Isso se deve ao não reconhecimento de sua identidade por outros indivíduos – podendo desencadear auto discriminação, às dificuldades encontradas no processo de redesignação sexual, à pressão por se adequarem a padrões socialmente aceitos, à necessidade de expiatem constantemente sua identidade e suas escolhas, à falta de proteção do Estado aos seus corpos e sua vida - apesar de apresentarem altos índices de violência, visto sua expectativa de vida abaixo dos 40 anos^(18,20,30,33). Como exposto acima, a rejeição familiar tem sido relatada como forte preditor para desfechos psicológicos e psiquiátricos negativos, vinculada à depressão, abuso de substâncias e ideação suicida entre na população LGBTI+. Em jovens, o bullying no ambiente escolar também eleva os riscos de comportamentos autodestrutivos. Por outro lado, pesquisas mostram que a aceitação familiar e a conectividade comunitária fortalecem os índices de maior bem-estar e menores prejuízos na saúde mental dessa população^(20,25,30,33). O acolhimento das unidades de saúde, como já dito, pode ser baseado numa visão discriminatória e como tal ter impacto sobre a saúde mental da população LGBTQI+. Essa relação fica evidente a partir de dados coletados pelo Ministério da Saúde que apontam que 14,5% dos participantes da Parada LGBT de São Paulo referiram ter sofrido algum tipo de discriminação na rede de saúde brasileira. Em estudo realizado com 516 lésbicas, 80% das participantes relataram ter tido a necessidade de assistência em saúde mental durante sua vida, destas, 30% afirmaram ter recebido um atendimento hostil por parte da equipe^(20,30,33). Quanto a ferramentas teóricas de análise epidemiológica, pode-se citar a Teoria de Estresse de Minorias (EM). Esse modelo teórico visa explicar o modo pelo qual os processos de estigmatização podem estar atrelados aos desfechos negativos mais comuns na saúde mental de pessoas LGBTQI+. Segundo ela, quanto mais status de minoria existirem (por exemplo, raça/etnia, classe social e orientação sexual), mais prejuízos na saúde mental a pessoa terá. São três os tipos de estressores: 1) experiências de vitimização, pautadas no preconceito, violência, rejeição e agressão relacionadas à orientação sexual; 2) homofobia internalizada, associada a ideias repulsivas de uma pessoa LGBTI+ sobre de sua própria sexualidade); e 3) ocultação da orientação sexual, quando o indivíduo acoberta sua identidade LGBTQI+ de si e/ou de outros^(25,30).

Capacitação dos Profissionais de Saúde ao Atendimento da População LGBTQI+

Visão do usuário LGBTQI+: Integrantes da população LGBTQI+ relatam que o atendimento oferecido pelos profissionais de saúde, tanto na rede pública como na rede privada, é pautado em estigmas e estereótipos acerca da diversidade de gêneros. Descrevem abordagens com características que variam da indiferença até o desrespeito. A inadequação na assistência é observada durante todo o fluxo assistencial dentro do sistema de saúde, desde o acolhimento inicial até os atendimentos clínicos^(14,15). Como exemplos de inadequada acolhida inaugural pela equipe de saúde, podem ser citados olhares inquisidores, cochichos entremeados de risadas discretas, má escuta, encaminhamento para a realização de testes de HIV apesar de esse

não ser o motivo da ida ao centro de saúde e recusa ao uso do nome social do usuário. Em relação aos atendimentos clínicos, referem problemas éticos e técnicos. Ocorre frequentemente a quebra do sigilo médico e desconhecimento sobre as necessidades sanitárias peculiares da população LGBTQI+ bem como a tomada de condutas diagnósticas não baseadas nas queixas, mas sim nos estigmas que a diversidade sexual e de gêneros traz, como, por exemplo, a associação imediata a doenças sexualmente transmissíveis ou a hipótese de que a orientação sexual do paciente – sobretudo nos mais jovens – é produto de uma fase de rebeldia da adolescência^(14,15,35,36). Essas atitudes causam vários sentimentos nos usuários e determinam ações adaptativas a essa assistência disfuncional. Diante do medo de experiências constrangedoras e desrespeitosas, pessoas LGBTQI+ relatam que evitam a ida aos centros de saúde, o que as levam tanto a postergar a busca de atendimento – o que pode causar piora no quadro – como a realização da automedicação e a busca de serviços clandestinos para a solução dos seus problemas de saúde. Declaram, também, que às vezes vão às unidades básicas de saúde apenas para a retirada de preservativos e realização de exames ou preferem omitir sua orientação sexual a fim de evitar discriminação. A sensação de culpa e a de que possuem um distúrbio mental também estão presentes nos usuários vítimas de violência de gênero. Por isso, acreditam que o maior acesso e/ou disponibilidade a serviços de psicologia pode ajudar no processo de autorreconhecimento e alívio dos sofrimentos^(36,37,38). Porém, a visão sobre a necessidade de unidades com serviços de assistência específicos a esse grupo não é consensual. Parte acredita que essa especificidade pode acentuar os estigmas já existentes, enquanto outra acredita que essa abordagem especial pode trazer benefícios em relação a uma maior acessibilidade e uma melhor assistência prestada. É consenso, por outro lado, a necessidade de uma acolhida mais empática e um atendimento centrado na pessoa, bem como a implementação de projeto de conscientização e capacitação nas unidades de saúde, uma vez que já existe uma Política Nacional de Saúde à População LGBT⁽¹⁵⁾.

Dificuldades e Limitações dos Profissionais de Saúde: Embora exista a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que norteia e legitima as necessidades e especificidades da população LGBT+, estudos revelam que os profissionais da saúde não estão adequadamente capacitados para prestar essa assistência. Tal incapacitação deve-se a várias razões, que vão desde o desconhecimento até a presença de estigmas e valores religiosos^(34,35,39). As limitações profissionais de saúde já se iniciam na distorção conceitual sobre o tema. Não há uma compreensão clara sobre os conceitos diferenciais de “escolha sexual” e “orientação sexual”. Incompreensão que se estende à noção de “identidade de gênero”. Alguns pensam que todas as expressões são equivalentes conceitualmente, outros sequer sabem o que elas significam^(34,35,39). Numa perspectiva histórica, há um desconhecimento sobre os desafios sanitários e sociais que a população LGBTQI+ enfrentou. Pouco ou nada é sabido sobre processo de patologização e a medicalização da sexualidade considerada desviante, como o uso pretérito das expressões “transtorno de personalidade” e “transtorno de identidade de gênero” para se referir a diversidade de gêneros⁽³⁴⁾. Essa noção de desvio da normalidade é usada para duas situações: na primeira, alguns profissionais da saúde relatam que a comunicação entre eles e os usuários é prejudicada pois os últimos estão em processo de aceitação da sua condição e se sentem marginalizados; na segunda, alguns profissionais usam-na para justificar o pouco volume de assistência prestada, como se houvesse uma pequena demanda assistencial pois a própria população não procura os serviços de saúde por medo de discriminação, tendendo, assim, a se eximir de qualquer responsabilidade e redirecionarem a culpa^(35,39).

Além disso, dados a respeito do histórico de violência e da dificuldade de acesso aos serviços básicos pelo coletivo LGBTQI+ – os quais geram maior necessidade de atenção à saúde - não é do conhecimento dos profissionais de saúde. Soma-se, ainda, a insciência acerca do conteúdo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a inexistência de discussões e divulgação sobre a temática nas unidades de saúde, provocando a ineficiência do atendimento. Os cuidados específicos de mulheres lésbicas, por exemplo, podem ser

negligenciados devido o pensamento de que a prática não envolve penetração peniana; no entanto existe a possibilidade de infecção por ISTs sem essa prática^(34,35,39,40). Além da falta de busca ativa por formação, a desatualização, somada a ideias estigmatizadas, pode prejudicar o atendimento. Apesar de muitos pacientes LGBTQI+ serem associados deliberadamente à AIDS, estudos atuais afirmam que o perfil de infectados elevou-se expressivamente em indivíduos héteros e cisgêneros, sendo cerca de 80% entre as pessoas acometidas pelo vírus⁽⁴⁰⁾. A incapacidade assistencial também pode ser deliberada. Isso ocorre quando os profissionais se negam a oferecer um atendimento especializado alegando ser uma atitude discriminatória, ao invés de ser uma ação inclusiva. Também, quando há uma postura evidentemente homofóbica, baseada, na maioria das vezes, em valores e pressupostos religiosos. Ainda, alguns profissionais da saúde sustentam a incompreensão sobre as particularidades da população LGBTQI+ na dualidade sexual supostamente ditada e criada por entidades religiosas. De acordo com Santos, “qualquer forma de discriminação é fator limitante da saúde e promotor do adoecimento, inclusive a própria homofobia”^(17,34,39).

A abordagem do tema na Graduação: Na contemporaneidade houve uma ampliação da exposição da temática da diversidade sexual e de gêneros e suas implicações nos serviços de saúde no contexto do ensino superior. Se no passado o tema era explorado apenas em circunstâncias pedagógicas que tratavam de infecções sexualmente transmissíveis, atualmente há notável expansão da abordagem acadêmica⁽⁴¹⁾. Porém, as limitações acadêmicas quanto à exploração do tema ainda existem e se sobrepõem aos avanços. Quando se analisa o entendimento dos médicos sobre sua formação, predomina uma abordagem insuficiente sobre a diversidade sexual e de gêneros tanto durante a graduação como no processo de formação nas especialidades. O estudo e a prática de habilidades que os tornem aptos à promoção eficaz da saúde da população LGBTQI+ são relatados como parcos e improdutivos⁽⁴²⁾. A escassez temática fica evidente quando se observa que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição, biomedicina e farmácia não reconhecem abordagens voltadas para a população LGBTQI+. Apenas relatam que os profissionais devem praticar sua profissão de acordo com os princípios da ética e da igualdade^(41,42). Em algumas universidades federais do Brasil a modalidade temática é considerada obrigatória, integrando a grade curricular, e, em outras, é adotada apenas como disciplina optativa. O desenvolvimento de cursos de extensão, palestras, eventos e atuação dos grupos de pesquisa com atividades e ações para refletir as questões que explanam essa temática são exemplos dessa renovação^(41,42). Nesse contexto de evolução, o Ministério da Saúde do Brasil disponibilizou o curso Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), ofertado gratuitamente na Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) cujo objetivo é atender as demandas de informação sobre a saúde da população LGBT. Porém, essa ferramenta ainda é desconhecida por muitos ou não aplicada na realidade de assistência à saúde de forma efetiva⁽³³⁾. Para a continuidade desse processo, é imprescindível o vínculo desta temática nos currículos da educação em saúde e a desconstrução do perfil heterocisnormativo incutidos em membros da comunidade acadêmica, afinal, esse é o único modo de proporcionar aos egressos licenciados que exercerão suas atividades profissionais no campo da saúde tenham, no mínimo, a compreensão da terminologia básica e das principais questões e demandas que permeiam essa população, necessárias para prestar cuidados de qualidade e desenvolver conforto no trabalho com esses pacientes^(41,42).

Trabalho Multidimensional: A Necessidade do Trabalho Integrado de Médicos, Enfermeiros, Agentes de Saúde, Psicólogos, Assistentes Sociais e outros: Diante das condições sanitárias, sociais e individuais da população LGBTQI+ supracitadas, torna-se evidente a importância não só de abordagens médicas e psicológicas, mas também de assistência social para um atendimento integral a esses pacientes, visto que os estigmas sociais prejudicam o acesso a trabalho formal e, muitas vezes, a moradia, além da falta de inserção e suporte em grupos de acolhida. Estudos afirmam que

quando a abordagem por uma equipe multiprofissional foca um suporte social associado à orientação sexual aos índices de estresse, observa-se menores índices de estresse psicológico e estresse derivado da condição de minoria de orientação sexual. Ademais, o suporte social assumiu um papel de destaque, ao se mostrar como fator de risco ou proteção na relação entre estresse e saúde, relacionando-se a maior remissão de sintomas de depressão em pacientes diagnosticados e a desfechos positivos de saúde mental^(20,25,30,33,38).

Para além do suporte social geral, intervenções com pais e familiares, com objetivo informativo para a quebra de preconceitos e avaliação de ambiente familiar agressivo, também corroboram para a proteção em saúde mental desses pacientes. O apoio da comunidade LGBTQI+ também é fator protetivo ao estresse e seus desencadeantes na saúde mental. A percepção de laços recíprocos estabelecidos no grupo ao qual faz parte é chamada conectividade comunitária, estando associada a níveis mais elevados de bem-estar, menores agravos na saúde mental e níveis menores de homofobia internalizada. Portanto, é uma estratégia de enfrentamento coletivo, relacionada à afirmação da identidade e identificação coletiva, constituindo-se forma de proteção à saúde mental. A partir dessa perspectiva, pode-se propor a movimentação de equipes multiprofissionais em prol da criação de grupos LGBTQI+ para trocas entre os pacientes, oficinas em saúde e diálogos com psicólogos, agentes de saúde, enfermeiros, médicos e assistentes sociais, promovendo um impacto positivo na saúde e bem-estar dessa população, além de aproximá-los do serviço de saúde através de busca ativa^(20,25,30,33). Destacamos também a necessidade fundamental da oferta de orientação clínica para os profissionais proverem uma assistência efetiva no amparo às pessoas transgênero e com variabilidade de gênero, a fim de que o processo de transição não ofereça desconforto diante de procedimentos ou possíveis consequências psicológicas oriundas de situações hostis no ambiente de atendimento à saúde. É urgente capacitar os profissionais de saúde para este atendimento, pois a perspectiva patológica acerca da diversidade de gêneros é sobremodo nociva à saúde desse grupo. Segundo um estudo recente, pessoas LGBTQI+ adultas submetidas a terapias de reorientação sexual tiveram índices de ideação suicida duas vezes maiores do que aquelas que não foram submetidas a tais intervenções. Seguindo essa lógica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT apresenta em suas diretrizes a 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. Aludimos aqui o respeito ao nome social, a pesquisa de condições de segurança, moradia e renda, o suporte social e os exames de rastreamento de câncer de colo de útero e mama em homens transexuais que ainda apresentarem risco, e próstata em mulheres transexuais, muitas vezes negligenciados^(5,20,25,30,33,38,43). Contrapor a visão biomédica mecanicista do corpo, no qual o modelo assistencial é centrado na doença é essencial para alcançar a integralidade no atendimento ao paciente LGBTQI+. A abordagem em saúde por uma equipe multiprofissional e orientada sobre as especificidades dessa população, garante a identificação de fatores de risco desde os componentes físico/biológico e psicológicos até os sociais, de segurança, renda e moradia. Os profissionais devem estar capacitados para interpretar as áreas de maior vulnerabilidade e realizar o manejo adequado de forma multidimensional, visando a proteção, qualidade de vida e redução da morbimortalidade dessa população. É fundamental que estes profissionais desconstruam ideias estigmatizantes pré-adquiridas, pois isso afeta o manejo clínico de forma negativa, seja por negligência ou comportamento LGBTfóbico, prejudicando a aderência às medidas de saúde necessárias ou afastando o paciente da atenção básica e limitando seu acesso a outros níveis de atenção em saúde, além de impedir o processo de inserção social que a saúde comunitária pode promover^(20,30).

Comentários: A realização de um estudo de Revisão de natureza Narrativa, possibilitou-nos apresentar uma multiplicidade e pluralidade de enfoques que são determinantes na saúde população LGBTQI+. Este tipo de texto propicia a liberdade analítica, crítica e criativa que julgamos necessárias para compor o conteúdo abordado,

permitindo que discorrêssemos não somente sobre bibliografias já existentes, mas que as correlacionássemos com notícias e estatísticas atuais e documentos de ordem jurídica que endossaram e contextualizaram a realidade da população em questão. Consideramos importante informar aos profissionais não apenas as demandas em saúde e/ou sociais, mas apresentar o contexto violento e opressor de oportunidades e expressões em que essas pessoas vivem, o seu desamparo por grande parte da sociedade civil e do Estado e as origens e manutenções dessa cultura heterocisnormativa. Para desconstruir pensamentos inculcados, antes precisamos saber como eles foram formados. Notamos que apesar dos avanços na produção científica acerca dessa temática, existem algumas lacunas de abordagens e discussões. Questões, por exemplo, como a população LGBTQI+ em situação de rua, apesar de sua grande vulnerabilidade, foram escassamente tratadas, tendo sido encontrado apenas um trabalho dedicado exclusivamente a ela. Ainda nesse contexto, os dados governamentais são insuficientes ou inexistentes, como a ausência do número de pessoas LGBTQI+ sem moradia, explicitando a dupla invisibilidade ao Estado dessa população e impedindo a formulação de estratégias de intervenção específicas a ela. Durante a busca bibliográfica com o descritor de “minorias sexuais e de gênero” nas plataformas de saúde, não encontramos trabalhos que abordassem diretamente ditames sobre a Constituição Federal e/ou Código Penal. Acreditamos que o conhecimento desse desamparo jurídico - fato que tem como uma das causas a falta de representatividade política dessa população - é importante para contextualizar os sentimentos de insegurança e outros, relatados em variados trabalhos sobre saúde mental e os números assustadores de violência e homicídios contra essa população. Por fim, observamos em grande parte dos trabalhos levantados uma carência da exposição de propostas de intervenção específicas, para além do generalismo da formação profissional para este tipo de atendimento.

Conclusão

A saúde da População LGBTQI+ reflete sua invisibilidade social e estatal e reclama seus Direitos de Universalidade, Equidade e Integralidade. As propostas contidas na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais estão tão desconhecidas quanto não praticadas e os estudos acerca do tema, principalmente no tocante à área médica, são mínimos frente às inúmeras demandas e especificidades dessa população. O olhar ampliado em saúde requer abordagens humanizadas e multiprofissionais, construídas com participação social, para que os princípios do SUS sejam garantidos. A importância disto se dá nos determinantes de saúde e doença explicitados neste trabalho, em grande parte das vezes negligenciados em concepções que focam abordagens puramente biológicas. No entanto, não se observa uma preparação política e técnica desses profissionais, assim, medidas concretas de ruptura do paradigma curativista parecem distantes.⁽¹⁵⁾ É importante ressaltar que os sofrimentos dessa população, como expostos nesta Narrativa, advêm de aspectos sociais e que, portanto, muito de suas demandas dependem de aporte público - em todos os seus setores. Posto isto, pôde-se reconhecer lacunas nesta assistência e apontar medidas que torne possível a vivência da plena cidadania pela população LGBTQI+. Destacamos a necessidade, primordialmente, da garantia e do fortalecimento da laicidade do Estado. O combate à impunidade, que caracteriza uma violação dos direitos humanos e a criação de políticas públicas afirmativas organizadas em um Plano Nacional, com financiamento adequado, monitoramento e controle social, que abarquem no mínimo as áreas de direitos humanos, saúde, educação, justiça e segurança pública, trabalho, previdência, desenvolvimento social, cultura, mulheres e igualdade racial, desenvolvidos a partir de núcleos de direitos humanos LGBTQI+ nos Ministérios Públicos, a exemplo do Piauí, Pernambuco e Paraná.^(15,44) Entretanto, o contexto político-econômico atual, que dita a cultura dominante favorecendo-se dela, é um impeditivo às pautas das populações dissonantes desses padrões. Para o filósofo-economista alemão Marx, o ser humano na sociedade capitalista está sujeito a conflitos que advindos das relações de opressão criadas por um modelo excludente e castrador das vontades e expressão livre. Nela, as vivências postuladas como desajustes de

conduta social são assim classificadas para que haja modelos de comportamento socialmente aceitáveis. A opção de fuga é pautada por estereótipos, violências e instituições que tentam domesticar os “corpos desajustados” socialmente. Apesar disto, estigmas sociais estão sendo gradualmente dissolvidos através do acesso ao conhecimento, sobretudo nas gerações etárias mais jovens, esperando tempos melhores.⁽¹⁵⁾ O conceito de saúde mostra-se consequência de uma complexa produção social, que está interligada às decisões políticas que recaem sobre seus determinantes sociais. Apesar do aparente avanço nas conquistas LGBTI+, deve-se lembrar dos embates que já ocorreram e dos muitos ainda pendentes. Espera-se que este projeto seja aplicado no reconhecimento de demandas dessa população, de lacunas de pesquisa e projetos de intervenção clínicas e sociais, de contextualização para auxílio de quebra de paradigmas e que seja mais um pequeno passo para o alcance da plena cidadania da comunidade LGBTQI+.⁽¹⁵⁾

REFERÊNCIAS

- [Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990].; 1990 [cited 2021]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- [Constituição Federal de 1988].; 1988 [cited 2021]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Sacramento I, Ferreira V. As identidades LGBT no Brasil: entre in/visibilidades e in/tolerâncias. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. 2019 Jul-Set; 13.
- Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador. 2016 Dez.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasil, 2013.
- Revista Diálogo Educacional, Cutitiba, v. 14, p. 165-189, jan./abr. 2014
- Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta paul. Enferm* 2007; 20(2):v-vi.
- Defensoria Pública do Estado da Paraíba. Coordenadoria de Combate a Crimes Homofóbicos e Preconceitos Étnico-Racial. [Online].; 2014 [cited 2021 Junho 05]. Available from: <https://www.defensoria.pb.def.br/criative/Documents/Cartilha-Coordenadoria-de-Combate-a-Crimes-Homofobicos-e-Preconceitos-Etnico-Racial2014.pdf>.
- Governo Federal. OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais. [Online].; 2018 [cited 2021 Fevereiro 02]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/organizacao-mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais>.
- Dias BC. GT Saúde LGBTI+/Abrasco lança tradução do documento “Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei”, da OMS. [Online].; 2020 [cited 2021 Janeiro 27]. Available from: <http://www.abrasco.org.br/site/gtsaudedapopulacaolgbti/2020/08/19/gt-saude-lgbti-abrasco-lanca-traducao-do-documento-saude-sexual-direitos-humanos-e-a-lei-da-oms/>.
- Nagamine RRVK. Os direitos de pessoas LGBT na ONU. *Revista Latinoamericana*. 2019 Abril;(31).
- Machado FV. Participacionismo e Diferencialismo Identitário nas Relações entre Estado e Movimentos Sociais no Brasil. *Psicologia e Sociedade*. 2020 Jun;(e220420).
- Gomes SM. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde Soc*. São Paulo. 2018 JULHO; 27(4).
- Oliveira GS, Nogueira Jda. Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. *revistarene*. 2018 Junho;(3295).
- Shihadeh NA, Pessoa EM. A (In) Visibilidade do Acolhimento no Âmbito da Saúde: em pauta as Experiências de Integrantes da Comunidade LGBTQIA+. *Barbarói*. Junho 2021;(58).

- Gomes SM. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde Soc.* São Paulo. 2018 JULHO; 27(4).
- Nogueira FJdS, Aragao TAP. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT: O QUE OCORRE NA PRÁTICA SOB O PRISMA DE USUÁRIOS (AS) E PROFISSIONAIS DA SAÚDE. *Saúde e Pesquisa, Maring - PR.* 2019 Dezembro; 12(3).
- Trans Murder Monitoring. [Online].; 2020 [cited 2021 maio 9]. Available from: https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/?submap=tmm_2020.
- Barifouse R. BBC News Brasil. [Online].; 2019 [cited 2021 maio 12]. Available from: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47206924>.
- Feitosa PWG, Oliveira ICdO. INIQUIDADES EM SAÚDE PÚBLICA Ponta Grossa: Editora Atena; 2020.
- Código Penal. [Online].; 1940 [cited 2021 maio 29]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.
- Malunguinho E. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. [Online].; 2021 [cited 2021 Julho 01]. Available from: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000376847>.
- Medeiros LPd, Amorim AKdMA. Narrativas LGBT de pessoas em situação de rua: repensando identidades, normas e abjeções. *Pesquisas e Práticas Psicossociais.* 2020 Março; 15(1).
- Parente JS, Moreira FTLdS. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do nordeste brasileiro. *Revista Saúde Pública.* 2018 Janeiro; 20(4).
- Costa AB, Paveltchuk F. Protocolo para Avaliar o Estresse de Minoria em Lésbicas, Gays e Bissexuais. *Psico-USF.* 2020 Junho; 25(2).
- Benevides B, Nogueira SNB. Dossiê: Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2019. [Online].; 2019 [cited 2021 junho 3]. Available from: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>.
- Política G1. 80 pessoas transexuais foram mortas no Brasil no 1º semestre deste ano, aponta associação. [Online].; 2021 [cited 2021 Julho 08]. Available from: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/07/07/80-pessoas-transexuais-foram-mortas-no-brasil-no-1o-semester-deste-ano-aponta-associacao.ghtml>.
- Franz K. *A Metamorfose.* 14th ed. So Paulo: Companhia das Letras; 1997.
- Freires LA, Rezende AT, Loureiro GDL, Santos Wsd. Escala Multidimensional de Preconceito Sexual: Propriedades Psicométricas para o Contexto Brasileiro. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2019 Outubro; 39(e228490)
- Paveltchuk FdO, Borsa JC. A TEORIA DO ESTRESSE DE MINORIA EM LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo.* 2020 Março; 21(2).
- Mongioli VG, Araújo ECd, Ramos VP. IMPLICAÇÕES DA HOMOFOBIA SOBRE A SAÚDE DO ADOLESCENTE. *Revista de Enfermagem - UFPE.* 2018 Junho; 12(6).
- Oliveira GS, et al. SERVIÇOS DE SAÚDE PARA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRAVESTIS/TRANSEXUAIS. *Rev enferm UFPE on line [Internet].* 2018 [cited 2021 Jun 27];12(10):598-609. DOI <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237014p2598-2609-2018>. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237014/30151>
- Melo D, Silva BL, Mello R. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. *Revista de Enfermagem UERJ [Internet].* 2019 [cited 2021 Jun 26];27(41942) DOI <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.41942>. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/41942>
- Guimarães RCP, et al. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet].* 2017 [cited 2021 Jun 27];11(1):121-139. DOI <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>. Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327>
- Longhi MP. Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: Potencialidade e desafios. *Boletim Do Instituto De Saúde: Diversidade Sexual e de Gênero [Internet].* 2019 Jan 31 [cited 2021 Jun 27];19(2):116-124. DOI [://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34604](https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34604). Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016706/bis-v19n2-diversidade-116-124.pdf>
- Belém JM, et al. ATENÇÃO À SAÚDE DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Revista Baiana de Enfermagem [Internet].* 2018 [cited 2021 Jun 27];32(26475) DOI 10.18471/rbe.v32.26475. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26475/0>
- Loria GB, et al. Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública. *REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: Especial Diversidade e Direitos Humanos na APS [Internet].* 2019 [cited 2021 Jun 27];14(41):1807. DOI [https://doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)1807](https://doi.org/10.5712/rbmf14(41)1807). Available from: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/1807>
- Oliveira GS, et al. SERVIÇOS DE SAÚDE PARA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRAVESTIS/TRANSEXUAIS. *Rev enferm UFPE on line [Internet].* 2018 [cited 2021 Jun 27];12(10):598-609. DOI <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237014p2598-2609-2018>. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237014/30151>
- Ferreira BO, et al. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde [Internet].* 2019 [cited 2021 Jun 27];13(3):496-508. DOI <https://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1703>. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1733>
- Santana AdDs, Lima MS, Moura JWdS, Vanderley ICS, Araujo EC. DIFICULDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRANSGÊNEROS. *Revista de Enfermagem UFPE.* 2020; 13.
- Loria GB, et al. Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública. *REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: Especial Diversidade e Direitos Humanos na APS [Internet].* 2019 [cited 2021 Jun 27];14(41):1807. DOI [https://doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)1807](https://doi.org/10.5712/rbmf14(41)1807). Available from: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/1807>
- Silva PHA, et al. SEXUALIDADE NA GRADE CURRICULAR ACADÊMICA DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO EM UNIVERSIDADES. *Rev enferm UFPE on line [Internet].* 2021 [cited 2021 Jun 27];15(246549) DOI <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246549>. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246549>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32.
- Conselho Nacional de Saúde. Amanhã (17) será celebrado o Dia Internacional contra a homofobia. Veja abaixo o manifesto da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (ABGLT). [Online].; 2014 [cited 2021 Fevereiro 03]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/05/mai_16_lgbt.html.