



Promotores e Promotoras da **Saúde LGBT** para Profissionais no **SUS**

2ª Edição

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P965

Promotores e promotoras da saúde LGBT para profissionais no SUS /
Coordenação geral do projeto: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul ; Coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira, Maurício Polidoro ; Apoiadores do projeto: Marcos Cláudio Signorelli, Rodrigo Otávio Moretti Pires ; Apoio técnico: Iuday Gonçalves Motta ; Organização do material: Lara Yelena Werner Yamaguchi, Rafael Barcellos. - 2. ed. - Porto Alegre: UFRGS, 2018.
39 p. : il.

ISBN 978-85-9489-144-0

1. Promoção da saúde 2. Saúde das minorias 3. LGBT 4. Pessoal de saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Instituto Federal do Rio Grande do Sul III. Oliveira, Daniel Canavese IV. Polidoro, Maurício V. Signorelli, Marcos Cláudio VI. Pires, Rodrigo Otávio Moretti VII. Motta, Iuday Gonçalves VIII. Yamaguchi, Lara Yelena Werner IX. Barcellos, Rafael

CATALOGAÇÃO NA FONTE: RUBENS DA COSTA SILVA FILHO CRB10/1761

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde/Fundo Nacional da Saúde/GESCON nº 92969.8560001/17-010

Coordenação Geral do Projeto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Financiamento e Apoio Institucional

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS
Coordenação-Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde
e às Políticas de Equidade do SUS - CGASOC

Apoio Técnico e Institucional

Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual de Saúde
Departamento de Ações em Saúde - DAS
Coordenação Estadual da Saúde da População LGBT

Instituições Parceiras

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Pesquisadores Coordenadores do Projeto

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, UFRGS
Prof. Dr. Maurício Polidoro, IFRS

Pesquisadores Apoiadores do Projeto

Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli, UFPR
Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires, UFSC

Apoio Técnico Institucional

Iuday Gonçalves Motta, SES-RS

Organização deste documento

Lara Yelena Werner Yamaguchi, UFRGS
Rafael Barcellos, UFRGS

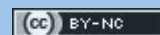
Apoio Técnico Acadêmico

Bruna Vargas, UFRGS
Jeferson Pinheiro, UFRGS
Martha Reus, UFRGS

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser acessada, na íntegra, no Repositório Lume <<https://www.lume.ufrgs.br>>.





Apresentação

A capacitação de Promotores e Promotoras da Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) é parte integrante do projeto *A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde*, oriundo da parceria interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Instituto Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, com o apoio do Ministério da Saúde, que tem como objetivo fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em todo estado.

É importante ressaltar que esta política integra um importante componente dos tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário, através dos quais se comprometeu, perante a comunidade internacional, em assegurar os

direitos fundamentais da população LGBT, com especial ênfase no direito à vida.

Esse curso toma como pontos de partida a concepção ampliada da saúde e uma perspectiva interseccional com os marcadores de sexo atribuído ao nascimento, de identidade de gênero, da orientação sexual e do quesito raça/cor. Assim, articula o conjunto de políticas formuladas para promoção da equidade e que atuam no desafio da garantia dos direitos humanos e da implementação da atenção à saúde integral.

Esperamos que esta seja mais uma oportunidade de estudos cujos conhecimentos possam apoiar práticas cotidianas na redução das desigualdades, no aprimoramento da atenção à saúde junto ao Sistema Único de Saúde e no fortalecimento dos direitos da população LGBT e da democracia.

Desejamos a todas, todos e *todes* um ótimo curso!

Curso de Formação de Promotores e Promotoras da Saúde LGBT para Profissionais no SUS

MÓDULO 1

Encontro Presencial | Apresentação e abertura do curso

 **EAD** | Conceitos Básicos sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero

EAD | Atividade

MÓDULO 2

EAD | Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais

EAD | Atividade

EAD | Saúde dos Homens Gays e Bissexuais

EAD | Atividade

EAD | Saúde dos Homens Transexuais, Mulheres Transexuais e Travestis

EAD | Atividade

Encontro Presencial | Especificidades em Saúde da População LGBT e os Sistemas de Informação em Saúde

MÓDULO 3

EAD | O direito à saúde da população LGBT

EAD | Boas práticas e experiências no cuidado à saúde da população LGBT


EAD | Construção de proposta de intervenção

Encontro Presencial | Apresentação das propostas de intervenção e encerramento do curso



Índice

Introdução	08	Fatores de risco	24
Vamos entender a sigla?	10	à integridade física, psíquica, social e moral de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas relacionados ao entorno, comunidade, escola e família e seus impactos	
Sexo	12	Leitura Complementar	28
Visibilidade intersex	14	Audiovisual	32
Gênero	15	Glossário	34
Binário de Gênero	15	Referências	39
Expressão de Gênero	16		
Identidade de Gênero	16		
Despatologização	17		
Orientação Sexual	20		
Diversidade Sexual	21		


CURSO EAD

1 MÓDULO

Conceitos Básicos

Sexo, orientação sexual
e identidade de gênero


Introdução

A inclusão da saúde como um direito social previsto na **Constituição Federal de 1988**, vinculado à criação do Sistema Único de Saúde em consonância com os princípios do direito à vida e da dignidade humana, foi um marco muito importante para a sociedade brasileira.

A **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** (LGBT), resultante do diálogo institucional com o movimento social, foi instituída apenas em 2011, seguindo a agenda do **Programa Brasil sem Homofobia**, instituído em 2004, e indicada no relatório da **13ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em 2007. A **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**, aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2009, é outro marco importante no que se refere à afirmação do direito à saúde de maneira adequada e efetiva, com atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminação para qualquer cidadão ou cidadã, respeitando sua pessoa, valores e direitos.

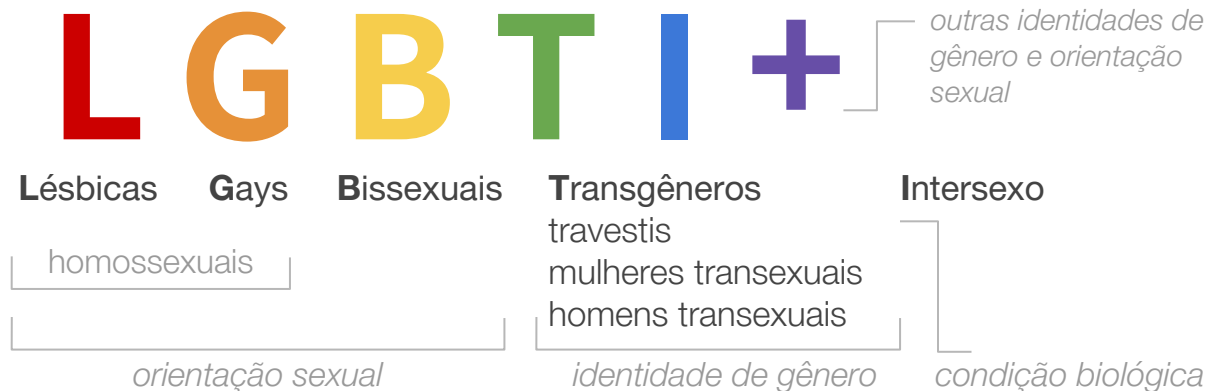
Considerando os princípios doutrinários fundantes do SUS - **universalidade, integralidade e equidade**, compreender as

dinâmicas e reflexões que envolvem as pessoas com identidades de gênero e/ou orientações sexuais *não hegemônicas* é essencial para o seu cuidado em saúde. Os conceitos apresentados a seguir - sexo, gênero, expressão e identidade de gênero, orientação sexual e diversidade - são fundamentais para a elucidação e alcance dos objetivos deste curso.

Ao longo deste material estão disponibilizados *hyperlinks* e sugestões de leitura e material audiovisual que compõem parte significativa do processo de aprendizagem, sinalizados através da cor **magenta**, símbolo () e indicação textual.

Sugerimos em caráter didático que, após uma rápida leitura prévia, os audiovisuais sejam acessados primeiramente, pois possuem uma linguagem dinâmica e acessível que facilitará a compreensão dos conceitos desenvolvidos. Uma leitura posterior e atenta é recomendada para a fixação dos mesmos, e sua complementação com os textos indicados para consulta permitirão maior aprofundamento sobre a temática. Um fórum permanente na plataforma **Moodle** também está disponível para dúvidas e esclarecimentos.

Vamos entender a sigla?



Significado da bandeira LGBT



Representa a diversidade humana, suas cores significam:

- VERMELHO:** Vida
- LARANJA:** Cura, saúde
- AMARELO:** Luz do sol
- VERDE:** Natureza
- AZUL:** Arte
- LILÁS:** Espírito

Celebra-se o **Dia Internacional do Orgulho LGBT** em 28 de junho, data que marca o enfrentamento à *homofobia** e *violência institucional** contra pessoas LGBT. A questão do orgulho refere-se ao caráter afirmativo e bem-estar pessoal e social proporcionados pela autoaceitação e gozo de todos os direitos enquanto cidadãos e cidadãs, o que só se torna possível em uma sociedade livre de discriminação quanto à orientação sexual e identidade de gênero, além de outras *interseccionalidades**. Existem variações quanto à composição da sigla ao longo do tempo (LGBTQIA* por exemplo), demonstrando a emergência de novas compreensões sobre identidade de gênero e sexualidade, além da própria pluralidade deste movimento social.

* Ver Glossário

LEIA MAIS

Manual de Comunicação LGBTI+: apresenta a terminologia mais atualizada e histórico do movimento



É essencial compreender que:

orientação sexual



capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, mesmo gênero ou mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas

identidade de gênero



experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo

expressão de gênero



como a pessoa manifesta publicamente, por meio do seu nome, da vestimenta, do corte de cabelo, dos comportamentos, da voz e/ou características corporais e maneira como interage com as demais

sexo biológico



características biológicas que a pessoa tem ao nascer, e podem incluir cromossomos, genitália, composição hormonal, entre outros

*O sexo biológico **não determina** a expressão de gênero, e esta **não determina** a identidade de gênero que, por sua vez, também **não determina** a orientação sexual. O sexo biológico **não determina** a orientação sexual ou a identidade de gênero: todas são dimensões distintas.*

ASSISTA

Vídeos curtos
que podem
ajudar a entender
esses conceitos



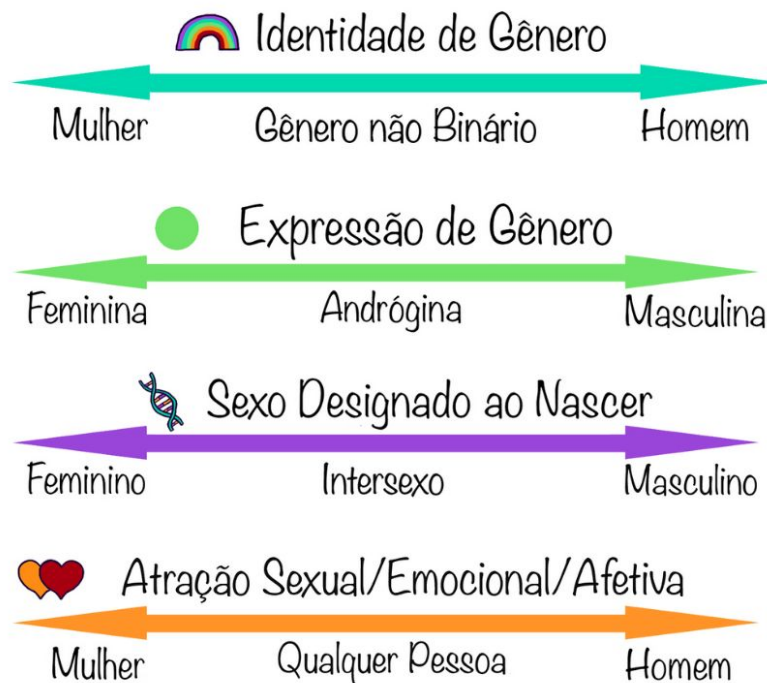
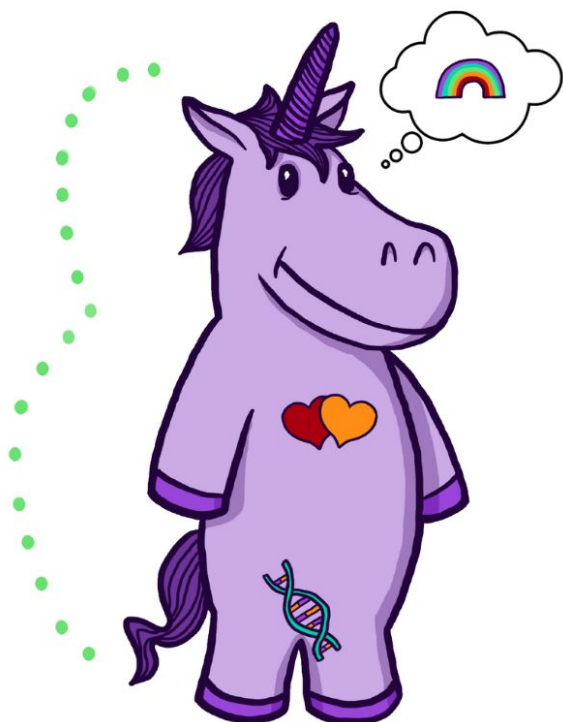


Gráfico adaptado de
TSER
Trans Student Educational Resources

O *Unicórnio de Gênero*® - um projeto de comunicação e educação desenvolvido pela ONG estadunidense **TSER** (*Trans Student Educational Resources*), composta por jovens estudantes *transgênero* - é uma maneira de tornar inteligível as realidades e vivências das pessoas que não se adequam aos padrões *hegemônicos* da sociedade.

A *heteronormatividade** e a *cisgeneridade* tem sido padrões compulsórios em nossa sociedade, mas não são realidades únicas, nem verdades absolutas, e muito menos sinônimos do que é 'correto' ou 'normal'.

* Ver Glossário



Sexo

O conceito de sexo refere-se às **características biológicas** que diferenciam uns corpos dos outros. As diferentes configurações das corporeidades devem-se a três fatores principais: **cromossômicos, gonadais e genitais**.

A ideia de que existem apenas dois sexos data do século XVIII: antes disso, considerava-se a existência de apenas um sexo, o masculino, sendo o feminino considerado o sexo masculino subdesenvolvido (*monismo sexual*) (LAQUEUR, 2001).

No entanto, é necessário desconstruir esta ideia pois, na realidade, a configuração dos corpos humanos é mais complexa que uma simples diferenciação entre apenas dois sexos, masculino e feminino.

A **intersexualidade** é um termo guarda-chuva que descreve a variada condição biológica de pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como tipicamente masculinos ou femininos - isso pode ser visível no nascimento ou tornar-se aparente ao longo da vida.

A intersexualidade não deve ser confundida com orientação sexual ou identidade de gênero, mas uma **condição biológica da diversidade humana**.

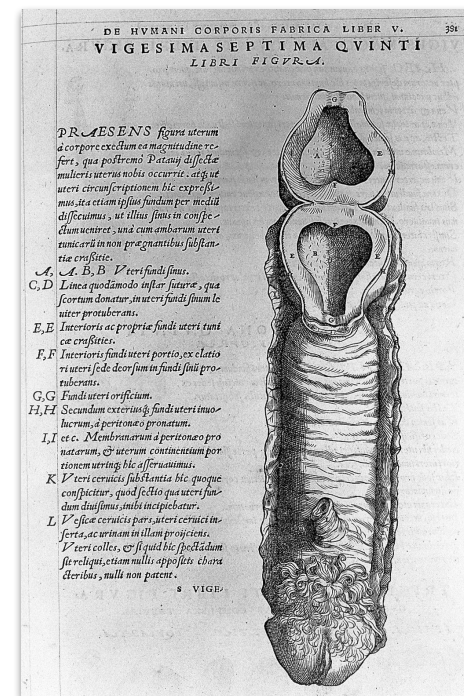
Uma pessoa **intersexo** pode identificar-se como homem ou mulher ou nenhum dos dois, e vivenciam a mesma gama de orientações sexuais e identidades de gênero que pessoas não intersexuais.

Pessoas intersexuais podem enfrentar discriminação e estigma no sistema de saúde, em muitos casos submetidas à **falta de qualidade** do atendimento, violência institucional e intervenções forçadas durante toda a sua vida (UNICEF, 2014).

Figura 1. Ilustração de um útero pelo médico flamengo Andreas Vesalius (ou Andreas van Wesel), de seu tratado de anatomia *De humani corporis fabrica* (século XVI).

A concepção da época era que a vagina e o útero correspondiam a um pênis invertido, que não se desenvolveu para 'fora'.

Fonte: Wikimedia Commons



Quadro 1. Análise do sexo segundo características cromossômicas, gonadais e genitais.

fator	masculino	intersexo	feminino
Cromossômico	XY	XXY, XYY, XXX, XY, XX, XO	XX
Gonadal	Testosterona em maior medida, estrógenos em menor medida	Caracteres secundários que se desenvolvem de acordo com as configurações hormonais de cada corpo	Estrógenos em maior medida, progesterona, testosterona em menor medida
Genital	Testículos, próstata, uretra, escroto, pelos pubianos, pênis	Configurações genitais externas que podem incluir aspectos de outros sexos ou 'ambiguidade' entre os mesmos	Ovários, útero, tubas, vagina, vulva, pelos pubianos, pequenos e grandes lábios, entre outros

Fonte: Ministerio de Educación Nacional (Colombia). Ambientes escolares libres de discriminación. Orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas en la escuela. Aspectos para la reflexión. *Tradução nossa.*

A existência de pessoas intersexo nos coloca questionamentos sobre os limites que, como sociedade, foram estabelecidos sobre os corpos e profundamente prejudiciais para a garantia dos direitos de algumas pessoas: as intervenções cirúrgicas e tratamentos irreversíveis tem limitado a possibilidade de decisão sobre seus próprios corpos e identidades.

Por vezes, os procedimentos podem justificar-se em casos de condições que representam um risco para a saúde ou consideradas como risco de vida. Tais procedimentos, no entanto, não raro são propostos com base em evidências fracas, sem discutir e considerar soluções alternativas. Cada vez mais, preocupações sobre as intervenções têm sido levantadas por pessoas *intersex*, seus cuidadores, profissionais da área médica e órgãos de direitos humanos, pois muitas vezes ocorrem sem o **consentimento informado** das crianças envolvidas e/ou seus pais, que frequentemente consentem sobre os procedimentos em circunstâncias onde falta a informação completa e sem qualquer discussão sobre as alternativas. Recomenda-se a investigação dos procedimentos realizados sem consentimento adequado e adoção de dispositivos legais que possibilitem o fornecimento de recursos e reparação às vítimas desses tratamentos, incluindo medidas adequadas de compensação (WHO, 2015).

A **despatologização da intersexualidade** é crucial para a garantia de direitos fundamentais, tais como a **autonomia e integridade física, psíquica e social**, bem como considerá-la uma configuração legítima no marco da diversidade dos seres humanos.

LEIA MAIS



Declaração de San José da Costa Rica

Convocatória da comunidade *intersex* internacional aos Estados, instituições de saúde, meios de comunicação e familiares, entre outros, a fim de assegurar os direitos humanos de pessoas intersexuais

Visibilidade intersex

Pessoas *intersex* ao redor do mundo tem buscado dar visibilidade a esta condição a fim de sensibilizar a sociedade, de maneira geral, sobre suas necessidades e demandas, sobretudo pelo fim da mutilação genital intersexo (MGI).

Pessoas intersexuais nascem com variações da anatomia sexual, que incluem genitais atípicos, órgãos produtores de hormônios sexuais (gônadas) atípicos, resposta atípica aos hormônios sexuais, configuração genética atípica e/ou características sexuais secundárias atípicas - é frequente sua classificação como um “distúrbio de diferenciação sexual”, baseada na consideração de apenas dois sexos.

Embora as crianças intersexo possam enfrentar vários problemas, a mutilação genital intersexo representa um problema diferente e único que constitui uma violação significativa dos direitos humanos: suas práticas envolvem cirurgias genitais não consensuais “corretivas”, como a “masculinização” e “feminilização” das características genitais, procedimentos de esterilização, revisões genitais forçadas, dilatações vaginais, hormonização, exposição médica e outros procedimentos considerados desnecessários e irreversíveis.

As práticas de MGI causam dor e sofrimento tanto físicos como mentais por toda a vida, incluindo perda ou deterioração

Bebês intersex são perfeitos exatamente do jeito que são.

Curta e compartilhe se você concorda

Visite www.unfe.org/intersex-awareness/pt para mais informações

FREE & EQUAL
AÇÕES UNIDAS PELA VISIBILIDADE INTERSEX

Campanha do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) pela Visibilidade Intersex. **Assista o vídeo aqui.**

da sensibilidade sexual, cicatrizes dolorosas, relação sexual dolorosa, incontinência urinária, estenose uretral, deterioração ou perda da capacidade reprodutiva, dependência vitalícia de hormônios artificiais, taxas significativamente altas de comportamento autodestrutivo e tendências suicidas, sofrimento e trauma mental, aumento da ansiedade sexual, menor atividade sexual e insatisfação com o resultado funcional e estético das cirurgias.

IMPORTANTE: o termo *hermafrodita* é considerado pejorativo, e **não deve** mais ser usado para referir-se às pessoas intersexo.

Gênero

É um conjunto de **construções socioculturais** sobre como ser homem ou mulher em um tempo e cultura específicos. Logo, tais construções não são fixas, mas mutáveis e flexíveis.

A construção histórica de que corpos assinalados como femininos determinam o fato de ser mulher, bem como corpos assinalados como masculinos, a partir de suas características sexuais, como homens, caracterizou o que se chamou de *sistema sexo/gênero*, mas é importante distinguir que essas são dimensões distintas: o que identificamos como **sexo** refere-se às **características biológicas** dos corpos, já o **gênero** refere-se às **normas sociais** constituídas culturalmente, portanto, vem fortemente carregado de expectativas sociais.

Em relação à diferenciação sexual, o termo foi utilizado inicialmente pelo psicólogo John Money nos anos 50, fazendo a distinção entre o sexo biológico (masculino/feminino) e o gênero (homem/mulher) como um **papel social**.

Essa terminologia se disseminou através dos estudos feministas, na década de 70, transformando-o em uma categoria de análise para explicar criticamente as diferenças e desigualdades sociais observadas entre homens e mulheres, tornando-se um importante referente para as Ciências Sociais.

Binário de Gênero

A crença de que existem apenas dois sexos e, por consequência, apenas dois gêneros, afirmando o sistema sexo-gênero, torna rígidos os padrões sociais impostos, trazendo consequências negativas para as pessoas que não se enquadram no modelo *homem/masculino* e *mulher/feminino*.

Uma das maneiras que o binarismo de gênero utiliza para sua manutenção nas relações sociais é a afirmação e valorização de **estereótipos** de gênero, por exemplo: considerar que homens são fortes, independentes e objetivos e as mulheres, por sua vez, são frágeis, dependentes e sensíveis. Com isso, se confere um status de superioridade aos homens, e inferioridade às mulheres.

Ainda, é preciso reconhecer que o binarismo sexo-gênero é fator determinante para a manutenção das **hierarquias sociais** que incidem sobre a diversidade sexual e de gênero, naturalizando a percepção sobre as desigualdades sofridas pelas pessoas que não se conformam a estes padrões fixos.

Pessoas **não binárias**, por sua vez, não rotulam-se nem como homem ou como mulher, por não se encaixarem nos padrões hegemônicos que incidem sobre tais papéis sociais. Além de ser um direito como pessoa humana, a não-binariedade tem um aspecto político, uma vez que se contrapõe a esta estrutura socialmente imposta.



Expressão de Gênero

Considerando o aspecto de convenção sobre a dimensão do gênero, observamos sobre este constructo socializações que versam sobre **como** ser homem ou mulher.

Expressão de gênero é como a pessoa manifesta publicamente, por meio do seu nome, da vestimenta, do corte de cabelo, dos comportamentos, da voz e/ou características corporais e da forma como interage com as demais pessoas.

Todas as pessoas vivenciam os gêneros de um modo singular: há múltiplas maneiras de identificar-se com eles e de expressá-los. Geralmente, a expressão de gênero está associada aos parâmetros sociais que foram construídos sobre o que é legítimo para homens e mulheres, atribuindo aos padrões convencionados para as mulheres o atributo da feminilidade, e para homens a masculinidade.

Algumas pessoas, no entanto, expressam sua identidade de gênero de maneiras não convencionais: usam, por exemplo, acessórios e roupas que são considerados do outro gênero, sem que sua identidade de gênero seja transformada. Há pessoas, ainda, cuja expressão remete a elementos de ambos os gêneros.

A singularidade de cada expressão e identidade de gênero é **inalienável** e deve ser respeitada.

Identidade de Gênero

Segundo os **Princípios de Yogyakarta**, a identidade de gênero refere-se

à experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir-se, o modo de falar e maneirismos. (2007)

Cisgênero e **transgênero** são termos utilizados para auxiliar na compreensão de conceitos e na identificação ou não com o gênero designado ao nascimento.

Cisgeneridade refere-se à experiência de identificação com o gênero que lhe é atribuído ao nascimento, por exemplo: uma pessoa que foi designada como menina (por possuir caracteres sexuais convencionados como femininos, como a vagina), e que se identifica como tal ao longo de toda a sua vida.

Transgeneridade, por sua vez, refere-se à experiência de pessoas que se identificam e vivem um gênero diferente do que lhe foi atribuído ao nascer, ou, ainda, pessoas cuja identidade transcende as definições convencionais de gênero.

O termo *transgênero* compreende as identidades de gênero das mulheres e homens transexuais e das travestis. **Mulher transexual** é toda pessoa que reivindica seu reconhecimento como mulher. **Homem transexual** é toda pessoa que reivindica seu reconhecimento como homem. O que determina a condição transexual é como as pessoas se identificam, e não um procedimento cirúrgico, embora estes possam fazer parte do processo de consolidação de suas identidades, bem como o uso de hormônios para indução de mudanças corporais desejadas de acordo com o gênero de identificação. **As travestis** são pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas sua identidade foge a um binarismo de gênero: não se reconhecem como homens ou mulheres, mas um terceiro gênero ou, ainda, um *não-gênero* (JESUS, 2012); há, ainda, um grupo nesta identidade que se autodenomina **mulheres travesti** (REIS, 2018). O termo *travesti*, historicamente considerado pejorativo, tem sido ressignificado e politizado, de modo a ser afirmado com orgulho por pessoas com esta identidade de gênero.

A cirurgia de *redesignação sexual* ou *transgenitalização*, disponibilizada pelo SUS, é uma das cirurgias demandadas pela população *trans* - há também a mastectomia, o implante mamário e a redução do pomo-de-Adão, por exemplo. Nem toda pessoa *trans* deseja realizar a cirurgia de redesignação sexual: muitas travestis afirmam sua identidade exatamente pelo conjunto de sua corporalidade, assim como há mulheres e homens transexuais que não pretendem realizá-la.

Ainda na construção de consensos, existem pessoas que se identificam como transgênero e que não se identificam como homens, mulheres ou travestis. É preciso afirmar que qualquer processo de construção identitária é um direito individual de cada pessoa, e não cabe a ninguém senão ela mesma dizer quem é. Identidades são experiências profundas, subjetivas e legítimas sobre como estar e viver no mundo.

O uso dos termos *cisgênero* ou *cissexual* para descrever o gênero de quem não é transgênero faz com que quebrem-se as estruturas que postulam indivíduos *cis* como “normais”, quando não são mais “normais” que outros.

Despatologização

Orientação sexual e identidades de gênero *não hegemônicas** foram, ao longo do tempo, alvo de práticas de *patologização*, um dispositivo do discurso médico científico que, ao estabelecer como parâmetro a *heterossexualidade* e a *cisgeneridade*, afirma-as enquanto normas, classificando e categorizando as experiências divergentes como distúrbios, transtornos ou até mesmo doenças. A *homossexualidade* - a atração emocional, afetiva e/ou sexual por pessoas do mesmo gênero, foi considerada uma doença mental até 1973 (era, até então, chamada de *homossexualismo*) quando foi finalmente retirada do rol de

* Ver Glossário

doenças mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA). Todavia, apenas em 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou a homossexualidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), observando que os agravos decorrem dos **impactos negativos do estigma e da discriminação** contra pessoas homossexuais.

A transexualidade foi nominada, em 1973 pelo sexólogo John Money, como *disforia de gênero*¹, diferenciando-a da homossexualidade e da travestilidade, e incluída no CID em 1980 sob a nomenclatura *transexualismo* (o sufixo *-ismo* designa doença ou patologia), e também no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da APA no rol dos "Transtornos de Identidade de Gênero". No CID, o *transexualismo* foi designado como um "transtorno da identidade sexual". **Bento e Pelúcio** (2012) analisam:

Encontramos no DSM-IV uma radical defesa do dimorfismo². As performances de gênero, a sexualidade e a subjetividade são níveis constitutivos da identidade do sujeito que se apresentam colados uns aos outros. O masculino e o feminino só se encontram por intermédio da complementaridade da heterossexualidade. Quando há qualquer nível de descolamento, deve haver uma intervenção especializada, principalmente de algum especialista nas ciências psi, para restabele-

cer a ordem e a "coerência" entre corpo, gênero e sexualidade. É esse mapa que fornecerá as bases fundamentais para a construção do diagnóstico de gênero.

Nos três documentos de referência (DSM-IV, CID-10 e SOC), as pessoas transexuais são construídas como portadoras de um conjunto de indicadores comuns que as posicionam como transtornadas, independentemente das variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas. Mas há algumas diferenças entre esses documentos. Para o SOC, "o transexual de verdade" tem como única alternativa, para resolver seus "transtornos" ou "disforias", as cirurgias de transgenitalização. Já no DSM-IV a questão da cirurgia é apenas tangenciada, sua preocupação principal está em apontar as manifestações do "transtorno" na infância, na adolescência e na fase adulta. Neste documento, não há diferenciação entre sexo, sexualidade e gênero. São os deslocamentos do gênero em relação ao sexo biológico os definidores do transtorno, pois o gênero normal só existe quando referenciado a um sexo genital que o estabiliza. O CID-10, por sua vez, não é um manual de orientação ou de indicadores diagnósticos, é, antes, uma convenção médica que estabelece as características das doenças e seus respectivos códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos/as e outros/as operadores/as da saúde.

[...] eliminou-se, em 1973, o "homossexualismo" do DSM e, em 1975, do CID-10, mas o que assistimos em seguida foi a uma verdadeira proliferação de novas categorias médicas que seguem patologizando comportamentos a partir do pressuposto heteronormativo, que exige uma linearidade sem fissuras entre sexo genital, gênero, desejo e práticas sexuais.

1 **Disforia**: *antônimo de euforia*. Identificação com o gênero oposto, podendo apresentar desconforto persistente com seu sexo biológico.

2 **Dimorfismo**: conceito da Biologia, em que machos e fêmeas de uma mesma espécie apresentam características físicas e sexuais marcadamente diferentes.

A **despatologização da homossexualidade** foi marcada por discussões, posicionamento de entidades profissionais ligadas à saúde e ativismo do movimento social, impulsionando a agenda dos direitos humanos para a promoção da igualdade e reconhecimento da diversidade sexual, que inclui a descriminalização da homossexualidade por diversos países e a prevenção e erradicação dos tratamentos cruéis e práticas de tortura contra essas pessoas.

Pelo mesmo motivo - a alta ocorrência de violência, o adoecimento psíquico decorrente do preconceito e a violação sistemática de direitos humanos - a **despatologização da transexualidade** é fundamental para o avanço da cidadania das pessoas com esta identidade de gênero. Nessa direção, o Conselho Federal de Psicologia publicou, em **29 de janeiro de 2018**, o **Dia da Visibilidade Trans***, a **Resolução nº 01/2018**, na qual estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis, afirmando seu compromisso em relação à eliminação e ao enfrentamento da transfobia, da discriminação e do preconceito, vedando: o uso de técnicas psicológicas que criem, mantenham ou reforcem estigmas e estereótipos; o pronunciamento em canais de comunicação que reforcem ou legitimem o preconceito; a participação em eventos, ações e serviços, públicos ou privados, que favoreçam a patologização ou visem a terapias de conversão, reversão, readaptação ou

reorientação de identidade de gênero das pessoas transexuais e travestis.

O **Provimento nº 73** do Conselho Nacional de Justiça, publicado em 28 de junho do mesmo ano, dispõe sobre a mudança de prenome e gênero de pessoas *trans* maiores de 18 anos em suas certidões de nascimento e casamento, sem a necessidade de laudo médico ou psicológico, comprovação de cirurgia de redesignação sexual e/ou de tratamento hormonal ou patologizante. Tal procedimento, baseado na autonomia e autodeterminação com base no gênero autopercebido, independe de prévia autorização judicial: basta que se apresente os documentos pessoais originais e se assine um termo de vontade, no próprio cartório. Com isso, a pessoa requerente pode, então, solicitar novos documentos de identificação, CPF e passaporte, os quais constarão seu nome e gênero de acordo com sua identidade.

Tal provimento atende ao disposto pela **Organização Mundial de Saúde**, que retirou a transexualidade do rol de transtornos mentais do **CID-11**, publicado em 18 de junho de 2018, passando a considerá-la como *incongruência de gênero*, uma condição da saúde sexual. A manutenção da transexualidade no CID teve como objetivo garantir que os países ofereçam políticas públicas de saúde adequadas a esta população, adequando-se à nova classificação até o ano de 2022.

* Ver Glossário

Orientação Sexual

A orientação sexual refere-se

à capacidade de cada pessoa de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (PRINCÍPIOS, 2006)

O termo *orientação* refere-se, essencialmente, para **quem** se dirige o desejo sexual e afetivo sentido e experimentado por uma pessoa. A **heterossexualidade**, ou a atração por pessoas do mesmo gênero, tem se apresentado como a orientação sexual *hegemônica* em nossa sociedade, em grande parte pelas convenções sociais baseadas no sistema sexo-gênero.

O uso da expressão orientação sexual emergiu da necessidade de se criar termos que legitimassem a homossexualidade nas lutas pelo reconhecimento e desencadeou uma forte negação ao emprego de uma pluralidade de palavras tais como: preferências, escolhas, eleições, opções, orientações, pois acreditam que essas referências desordenam e desestabilizam o que parece ser estabilidade, unidade, homogeneidade. A justificativa dessa rejeição pelas pessoas LGBTQIA* se deve ao temor de que pessoas homofóbicas possam usar o argumento de que se há a possibilidade de escolhas, porque não escolhem a heterossexualidade, tida como compulsória, verdadeira e natural (MAIO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2013, p.8-9)

A **livre orientação sexual** deriva dos direitos à autonomia, liberdade e dignidade humanas, implicados diretamente com o direito à igualdade, considerado o *status* da heterossexualidade na sociedade. A livre orientação sexual contempla as dimensões da **saúde sexual** e dos direitos sexuais, enquanto direitos humanos.

A saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. **Requer uma abordagem positiva e respeitosa sobre a sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência.** Para a saúde sexual ser alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.

A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida; engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre expressadas ou sentidas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais.



* Ver Glossário

A proteção dos **direitos sexuais** compreende todas as formas de orientação sexual, sendo um aspecto importante da cidadania e da democracia. Segundo o **Ministério da Saúde** (2009), tais direitos podem ser conceituados como:

- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de IST/HIV/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Diversidade Sexual

A orientação sexual pode abarcar tanto aspectos comportamentais das práticas sexuais, quanto aspectos políticos que envolvem os sujeitos com orientação sexual não heterossexual. O **reconhecimento da diversidade sexual**, em um movimento de afirmação positiva dos direitos humanos, é fundamental para a superação das desigualdades sofridas por pessoas com orientação sexual e identidade de gênero *não hegemônicas*, uma vez que desafiam a lógica e desestabilizam normas sociais impostas ao longo do tempo.

A **homossexualidade**, como vimos, trata-se da atração física, sexual e/ou afetiva por pessoas com identidade de gênero semelhante. *Lésbicas* são mulheres que se relacionam com outras mulheres, *gays* são homens que se relacionam com outros homens. O termo *homoafetivo* é empregado no âmbito do Direito, para designar a relação entre essas pessoas.

A **bissexualidade** é a atração tanto por pessoas com identidade de gênero similar, quanto por pessoas com identidade de gênero diferente.

A **pansexualidade** é a atração por pessoas independente de sua identidade de gênero: o prefixo *pan* significa “tudo” ou “*todes*”, e inclui identidades de gênero binárias e não-binárias, sem distinção. Esta orientação refere-se às pessoas, e não deve ser confundida com *fetichismo sexual*.

Uma vez que é, também, um direito não ter relações sexuais, pessoas **assexuais** são aquelas que não tem interesse em se relacionar sexualmente, mas podem perfeitamente sentir atração física e/ou afetiva por outras pessoas, em um espectro amplo de variações, e manter relações estáveis, se assim quiserem. A **assexualidade não** deve ser confundida como sinônimo de celibato (este é um comportamento sexual, e não uma orientação) e tampouco patologizada como um distúrbio sexual, uma vez que essas pessoas estão confortáveis com essa forma de exercício da sua sexualidade.

O **comportamento sexual** não define a orientação sexual: este é um recorte pontual das práticas sexuais, enquanto a orientação sexual aborda, de forma mais abrangente, aspectos relativos à autodeterminação, autodeclaração, preferências pessoais e posicionamentos sociais quanto ao exercício da própria sexualidade. Sendo assim, existem homens que fazem sexo com homens que não se consideram homossexuais, bem como mulheres que fazem sexo com mulheres que não se consideram lésbicas.

A importância da **abordagem** sobre o comportamento sexual, no entanto, é bastante relevante para o cuidado em saúde de qualquer pessoa, e deve ser realizada de maneira clara e respeitosa, livre de julgamentos, discriminação, preconceitos e estigmas, garantindo a privacidade e confidencialidade das informações compartilhadas.

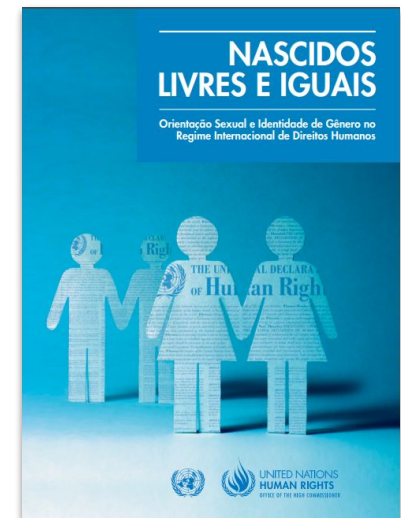
Finalmente, é preciso lembrar que, da mesma maneira que o **sexo biológico não define a expressão e a identidade de gênero**, estas **não definem a orientação sexual** de uma pessoa: a sexualidade é uma dimensão de foro íntimo. O exercício da sexualidade, porém, demanda condições sociais favoráveis para que ocorra de maneira prazerosa, segura e consensual.

Qualquer forma de **discriminação, preconceito** ou **violência** sofrida por uma pessoa com base em sua orientação sexual e/ou identidade de gênero consiste em **violação de direitos humanos**.

LEIA MAIS

Nascidos livres e iguais:
orientação sexual e
identidade de gênero
no regime internacional
de direitos humanos

*Alto Comissariado
das Nações Unidas
para os
Direitos Humanos*



Mais alguns vídeos curtos que podem te ajudar a fixar os conteúdos aprendidos até aqui:





Fatores de risco

à integridade física, psíquica, social e moral de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas relacionados ao entorno, comunidade, escola e família e seus impactos



O preconceito e a discriminação contra pessoas cuja identidade de gênero e/ou orientação sexual não correspondem aos padrões *heteronormativos** e *cisnormativos** impostos ou naturalizados pela sociedade apresentam-se desde cedo e de maneira bastante frequente no cotidiano dessas pessoas, impactando negativamente seu desenvolvimento pessoal e social desde a infância até a idade adulta.

Recomendamos observar com atenção a existência das situações e comportamentos descritos a seguir:

- Considerar inofensivas as piadas e provocações sexistas que ofendem e rebaixam a vida das pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas.
- Reprimir as expressões de afeto e solidariedade entre meninos e rapazes.
- Obrigar as meninas a assumir papéis tradicionais de cuidado em relação a outras pessoas.
- Premiar ou reconhecer atitudes que reforçam os estereótipos da *masculinidade hegemônica** (uso da força para subordinar outras pessoas, insultos e comentários desrespeitosos sobre pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas, entre outros).
- Evidenciar condutas violentas: padrões parentais violentos ou excessivamente restritivos; expressão de repúdio e legitimação de ações violentas contra pessoas em razão de sua orientação sexual e identidade de gênero.
- Excessiva vigilância sobre a expressão de gênero de meninas, meninos e adolescentes; castigar de maneira frequente a quem sai dos parâmetros sociais hegemônicos (ex: pessoas do sexo masculino com expressão de gênero femininas, pessoas do sexo feminino com expressão de gênero masculinas).
- Não falar abertamente sobre as orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas, e torná-las um tema tabu na família, instituições e espaços de trabalho e convivência.
- Estigmatizar e criminalizar pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas, sobretudo dentro da comunidade familiar e escolar.
- Expressar abertamente preconceitos sobre pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas, por parte de mães, pais ou responsáveis: declarações como "*melhor ter um filho(a) morto(a), assassino(a) ou delinquente do que gay ou lésbica*", "*essas pessoas são nojentas*".

* Ver Glossário

- Considerar, por parte de mães, pais ou responsáveis, que pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas são um mau exemplo para seus filhos e filhas; isolar e impedir sua interação; ou então punir e demonizar relacionamentos amigáveis com crianças e adolescentes cuja expressão de gênero exceda às normas.
 - Focalizar o exercício da maternidade ou paternidade na reprodução de modelos tradicionais de comportamento.
 - Fazer referência explícita para que meninas, meninos e jovens desenvolvam projetos de vida *heteronormalizados*, ou seja, a heterossexualidade enquanto norma (casando-se com uma pessoa do outro gênero, tendo filhos ou filhas, trabalhando, cuidando da casa, no caso de meninas, entre outros).
 - Não atuar para prevenir ou sancionar ações discriminatórias contra pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas no ambiente educativo - isso se agrava quando docentes expressam repúdio contra elas.
 - Legitimar de maneira exclusiva as relações afetivas ou configurações familiares heterossexuais nos conteúdos trabalhados em sala de aula .
 - Considerar que pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas não merecem ter os mesmos direitos que as demais.
 - Inexistência de referências claras para que meninas, meninos e adolescentes com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas possam recorrer em situações de vulnerabilidade.
 - Criminalizar e impedir o acesso a informações relacionadas a direitos humanos, sexuais e direitos reprodutivos.
 - Inexistência de referências que permitam evidenciar a participação de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas na construção social da comunidade em que vivem.
- Como **consequências** desses fatores de risco, observam-se os seguintes comportamentos e sentimentos em pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas, vulnerabilizando-as:
- **isolamento**;
 - **busca de espaços clandestinos** para encontros com seus pares;
 - **ideação suicida**;
 - **insegurança**;
 - **culpabilização** e sentimentos de **inadequação** consigo mesmo(a);
 - sensação de solidão e inadequação em todos os espaços;



FATORES DE RISCO à integridade física, psíquica e moral de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não hegemônicas

- **medo** de construir um projeto de vida na comunidade (algumas pessoas abandonam ou mudam-se para outros lugares);
- **fuga do lar** em busca de espaços de proteção;
- relações afetivas com pessoas que podem colocar em **risco as crianças e adolescentes**;
- **evasão escolar** e **abandono** dos estudos;
- baixo rendimento acadêmico;
- tendência ao **consumo** de substâncias psicoativas;
- **estresse de minorias**.

O **estresse de minorias** é um tipo particular de estresse que atende às seguintes condições:

- 1) é **único**, pois é aditivo ao estresse experimentado pelas pessoas em geral e requer um esforço adicional para lidar com isso;
- 2) é **crônico**, dado que as posições sociais derivadas dessas categorias tendem a ser permanentes; e
- 3) tem uma **base social**, ou seja, deriva de processos sociais, instituições e estruturas, além de eventos individuais.

Nesta perspectiva, a **hostilidade** do contexto social provoca uma **atitude vigilante** derivada da **percepção de discriminação** com o grupo social ao que pertence, a partir da qual se antecipam reações negativas que possam vir de membros do grupo dominante, mesmo sem ter sido vítima direta de preconceito.

1

PRECONCEITO EXPERIENCIADO

Experiência direta de preconceito por meio de discriminação e violência

2

PRECONCEITO ANTECIPADO

Percepção de que não será aceito(a) e sofrerá discriminação

3

PRECONCEITO INTERNALIZADO

Sentimentos e crenças negativas a respeito de si mesmo(a)

O que exatamente as pessoas transgêneras ameaçam?

Pesquisas recentes investigam a relação entre o binário de gênero e o preconceito contra pessoas trans

Karen L. Blair, tradução de Beatriz Pagliarini Bagagli

Uma nova pesquisa tentou entender melhor as circunstâncias em que os indivíduos se sentem ameaçados pelo comportamento de não-conformidade de gênero. Em geral, sabemos que as pessoas tendem a reagir negativamente a indivíduos que não aderem ao binário de gênero – isto é, a noção de que existem dois sexos, masculino e feminino, e que qualquer que seja seu sexo ele deve ditar claramente seu gênero e seu papel de gênero comportamental como de homem ou mulher. Se uma pessoa é biologicamente masculina, mas se comporta de maneira estereotipicamente feminina, podemos entender essa não-conformidade de gênero pertencendo a um indivíduo cisgênero (isto é, alguém cujo sexo biológico é o mesmo que sua identidade de gênero). Da mesma forma, um indivíduo transgênero (isto é, alguém cujo sexo identificado no nascimento não se alinha com sua identidade de gênero) pode ser visto como em não-conformidade de gênero simplesmente por ser transgênero.

Pesquisadoras da Universidade de St. Louis procuraram determinar qual desses dois tipos de não-conformidade de

gênero seria visto como o mais perturbador para aqueles que valorizam o binário de gênero. Embora seja possível que qualquer um se desvie mais ou menos do binário de gênero, muitas vezes os indivíduos transgêneros parecem ser percebidos como uma ameaça maior a visões binárias de gênero do que as pessoas cis em não conformidade de gênero.

Kristin Broussard e Dr. Ruth Warner propuseram que uma das razões para isso está no fato dos indivíduos transgêneros poderem ser vistos como transgressores simultaneamente das normas de gênero de *ambos* os gêneros binários. Por exemplo, uma mulher trans (isto é, alguém designado como homem no nascimento e que agora se identifica como mulher) está transgredindo as normas masculinas ao se identificar como mulher, mas também pode ser vista como transgressora das normas de ser mulher por não parecer feminina o suficiente. De fato, outras pesquisas descobriram que as mulheres transsexuais estão particularmente em risco de sofrer preconceito e violência devido à tendência geral da sociedade de policiar a feminilidade e punir as transgressões da feminilidade marginal.



Em seu artigo, Broussard e Warner tentaram identificar como o binarismo de gênero, ou a “crença de que existem apenas dois gêneros, correspondendo ao sexo biológico”, podem estar associados ao preconceito contra pessoas trans.

As pesquisadoras previram que, para indivíduos que manifestavam alto binarismo de gênero, os indivíduos trans seriam vistos como particularmente ameaçadores psicologicamente, porque elas vão de encontro a algo que esses participantes acreditam ser um traço humano essencial e imutável: o gênero e, por extensão, a conexão entre sexo e gênero.

As pesquisadoras se concentraram em uma noção chamada de “ameaça de distintividade”. De acordo com a Teoria da Identidade Social, nossas identidades sociais, ou os grupos aos quais pertencemos, nos ajudam a definir nossas identidades pessoais. Na medida em que os limites em torno dos grupos que são importantes para nossas identidades tornam-se indistintos, podemos experimentar uma ameaça de distintividade. Em suma, a singularidade de quem somos como indivíduo é ameaçada quando os limites em torno das definições de grupo que usamos para nos definir mudam ou se tornam maleáveis.

Por exemplo, imagine que você é um policial e que ser um policial é fundamental para sua identidade. Imagine então que a categoria de policial foi substituída por “Profissional de Segurança” e que essa nova categoria incluiria policiais,

seguranças e instaladores de sistemas de segurança doméstica. Essa experiência provocaria altos níveis de ameaça de distintividade em policiais cujas identidades estiverem altamente entrelaçadas em ser um policial.

Quase todo mundo em uma sociedade ocidental define uma boa parte de sua identidade pessoal por seu gênero. Muitos nomes são considerados apropriados para apenas um gênero, e nosso nome talvez seja a parte mais identificadora de quem somos como indivíduo. Da mesma forma, nosso gênero frequentemente dita as roupas que vestimos, o estilo de corte de cabelo que fazemos e se cultivamos ou removemos nossos pelos faciais! Assim, para muitos indivíduos, a noção de desfocar os limites em torno do gênero pode ser experimentada da mesma forma que os policiais responderiam a uma proposta de renomeá-los como “profissionais de segurança”, sem nada para distingui-los de um segurança de shopping ou de um estudante de férias instalando sistemas de segurança doméstica.

Assim, as pesquisadoras esperavam que indivíduos que valorizassem muito um sistema binário de gênero e que definissem o que significa ser um homem ou uma mulher com muita rigidez estariam mais propensos em experimentar uma ameaça de distintividade quando confrontados com comportamentos de não-conformidade de gênero tanto de indivíduos cisgêneros como transgêneros, mas especialmente de indivíduos transgêneros. Como disse Broussard, “algumas pessoas

acham que as pessoas transgêneras são ameaçadoras porque não se encaixam em uma das duas caixas de gêneros, ou se encaixam em uma das caixas, mas não na que foram atribuídas no momento do nascimento”.

As pesquisadoras realizaram três estudos. Em cada estudo, os participantes leram histórias sobre indivíduos hipotéticos que estavam ou em alta conformidade de gênero ou em não-conformidade de gênero, e que eram ou transgêneros ou cisgêneros. Depois de ler as histórias, os participantes foram questionados sobre o quanto eles achavam que gostariam da pessoa na história, o quanto eles aceitaram a expressão de gênero da pessoa e a percepção da ameaça de distintividade que sentiram como resultado da leitura da história.

Nos três estudos, elas descobriram que, no geral, os participantes relataram gostar mais dos indivíduos em conformidade de gênero e cisgêneros do que indivíduos transgêneros e em não conformidade de gênero (por exemplo, mulheres masculinas, homens femininos). Os participantes também viam os indivíduos transgêneros e em não-conformidade de gênero como mais ameaçadores para as fronteiras que definem o que significa ser um homem ou uma mulher (ou seja, maior ameaça à distintividade). No entanto, foram os indivíduos transgêneros em conformidade de gênero (isto é, mulheres transgêneras femininas ou homens transexuais masculinos) que foram vistos como os mais ameaçadores para as fronteiras de gênero. Como Broussard coloca, “é pro-

vável que os indivíduos transgêneros em conformidade de gênero (porque eles podem “passar” como seu gênero autêntico) são especialmente ameaçadores porque fornecem alguma evidência de que existem mais de dois gêneros binários, ou que o gênero binário [de alguém] pode ser alterado.”

Em outras palavras, se você acredita firmemente que existem apenas dois sexos e que esses dois sexos sempre criam dois gêneros, e que não seja possível alguém mudar de um gênero para outro, ser apresentado a um homem trans masculino (alguém que foi identificado como mulher ao nascer), que visual e comportamentalmente é indistinguível de um homem cisgênero, pode ser uma experiência muito chocante que desafia as crenças binárias sobre gênero. Além disso, indivíduos trans em conformidade de gênero podem provocar ameaça de distintividade porque se você é um homem e depende muito de sua identidade como homem, o que essa parte de sua identidade realmente significa se alguém nascido mulher puder “passar” como homem tanto quanto você? Assim, quanto mais um indivíduo acredita firmemente no binário de gênero, mais os indivíduos transgêneros se tornam ameaçadores (especialmente aqueles que “passam”) para a identidade pessoal do indivíduo como homem ou mulher.

Por fim, é importante enfatizar que a expressão de gênero de um indivíduo transgênero não é responsável por provocar o preconceito de outras pessoas. Ao invés disso, o preconceito contra pessoas trans deriva de um processo interno no qual a



pessoa que detém o preconceito experimenta uma ameaça a um aspecto de sua própria identidade e, portanto, ataca os indivíduos trans como um meio de tentar reafirmar as fronteiras que envolvem aspectos importantes – neste caso, do seu gênero.

TRADUÇÃO PUBLICADA EM



<https://transfeminismo.com/o-que-exatamente-as-pessoas-trans-generas-ameacam/>

VERSÃO ORIGINAL PUBLICADA EM



<https://www.psychologytoday.com/us/blog/inclusive-insight/201809/what-precisely-do-transgender-people-threaten>

LEIA TAMBÉM

Não-binários: O 3º Gênero que parece novidade hoje já existe há séculos



Logicamente, assim como tudo o que é novo, essa definição tem causado estranhamento e, infelizmente, o tão desnecessário preconceito.

A questão é que o gênero não-binário parece não ser algo tão novo assim. Muitas culturas orientais já são acostumadas com a ideia mais ampla de identidade de gênero.

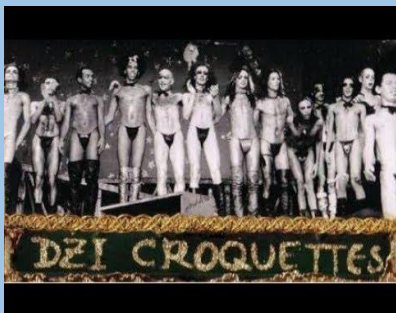
Na Indonésia, por exemplo, a concepção do gênero não-binário é algo que existe há alguns séculos. Isso mesmo, você não leu errado: séculos. O maior grupo étnico do sul do país, os Bugis, tem simplesmente cinco tipos de identidade de gênero. Além dos cisgêneros feminino e masculino, concepções com as quais estamos familiarizados, os Bugis também têm o gênero calabai (homem feminino), calalai (mulher masculina) e bissu, que é a combinação de todos os gêneros.

A antropóloga Shatyn Graham explica que, se perguntarmos aos Bugis como eles acham que a formação de gêneros é definida no mundo, eles provavelmente responderiam que a maioria das pessoas se encaixa em bissu.



Texto na íntegra [aqui](#)

Selecionamos alguns filmes sobre a temática LGBTI como sugestão, para serem assistidos em algum momento de lazer ou proposição de atividades de sensibilização. Boa sessão!



Dzi Croquettes

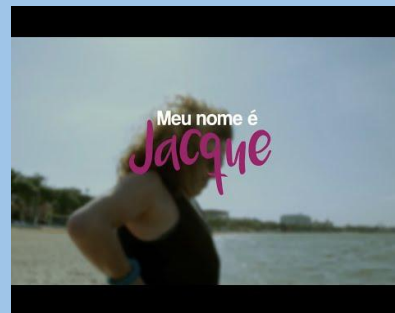
(Brasil, 2009)

Documentário

Direção: Tatiana Issa, Raphael Alvarez

Com depoimentos de Marília Pera, Pedro Cardoso, Elke Maravilha, Liza Minelli e outros

Aborda a trajetória do grupo artístico que revolucionou a cena *underground* brasileira em plena ditadura militar, com suas performances artísticas que desafiavam os papéis e expressões tradicionais de gênero, e seu reconhecimento internacional. *Filme completo.*



Meu nome é Jacque

(Brasil, 2016)

Documentário

Direção: Angela Zoé

Retrata a vida de Jacqueline Rocha Côrtes, mulher transexual e ativista brasileira com destacado trabalho internacional na política pública de HIV, suas relações familiares, memórias e projetos. *Filme completo [aqui](#) (disponível para assinantes)*



Meninos não choram

(Boys don't cry, EUA, 1999)

Drama

Direção: Kimberly Peirce

Elenco: Hilary Swank, Chlöe Sevigny, Peter Sarsgaard, Brendan Sexton

Baseado na história verídica de Brandon Teena, rapaz transexual e suas relações sociais em uma nova cidade, até ser vítima de um crime de ódio.



Pária

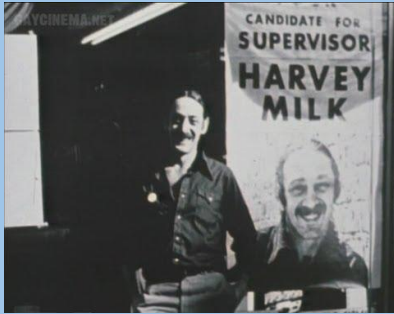
(Pariah, EUA, 2011)

Drama

Direção: Dee Rees

Elenco: Adepero Oduye, Aasha Davis, Charles Parnell, Kim Wayans

O filme aborda o conflito vivido por uma adolescente negra que se percebe lésbica, e a pressão familiar e expectativas sobre sua identidade e os papéis de gênero esperados.



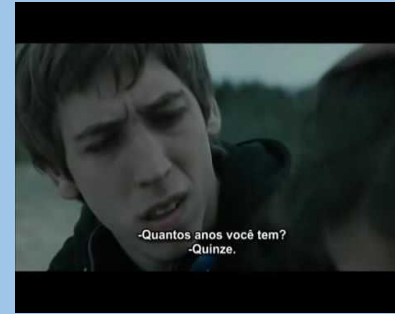
Os tempos de Harvey Milk

(*The times of Harvey Milk*, EUA, 1984)

Documentário

Direção: Robert Epstein

O documentário mostra a trajetória de Harvey Milk, ativista gay nos Estados Unidos que ingressa na vida política como uma maneira de promover a cidadania das pessoas LGBT e outros grupos minorizados, até o seu assassinato em 1978. Figura visionária, Milk foi um dos articuladores da Parada do Orgulho LGBT em San Francisco, a primeira do gênero e que inspirou os eventos em outras localidades. *Filme completo [aqui](#) (dublagem em espanhol).*



XXY

(França, Argentina, Espanha, 2009)

Drama

Direção: Lucia Puenzo

Elenco: Inés Efron, Martín Piroyansky, Ricardo Darín, Valeria Bertuccelli

Alex nasceu com ambas as características sexuais, sendo criada em um vilarejo no Uruguai por seus pais, que recusam cirurgias até que a própria jovem possa decidir sobre o procedimento. A adolescência se mostra como um período em que a sexualidade e a identidade colocam desafios para a jovem intersexo e sua família. *Filme completo.*



Orações para Bobby

(*Prayers for Bobby*, EUA, 2009)

Drama

Direção: Russel Mulcahy

Elenco: Sigourney Weaver, Henry Czerny, Ryan Kelley

Baseado na história de Mary Griffith, religiosa cujo filho se suicida após intensa pressão familiar, na tentativa de curá-lo de sua homossexualidade. Com a perda de Bobby, Mary se converte em defensora dos direitos homossexuais. *Filme completo [aqui](#).*



Tomboy

(França, 2011)

Drama

Direção: Céline Sciamma

Elenco: Zoé Héran, Jeanne Disson, Malonn Lévana, Sophie Cattani, Mathieu Demy

O filme aborda as interações sociais de uma criança e seu processo de elaboração de questões como identidade e expressão de gênero, papéis sociais e sexualidade.



Glossário

Cisnormatividade

Termo utilizado para descrever a ocorrência da *cisgeneridade* (a aceitação da identidade de gênero de acordo com a convenção social designada para o sexo biológico) como padrão aceitável e naturalizado socialmente, ou, de maneira resumida, a cisgeneridade como norma ou padrão imposto.

A *cisnormatividade*, portanto, é um dispositivo discursivo e ideológico de controle dos corpos e subjetividades, a partir do momento em que traça padrões de comportamento previsíveis e, sobretudo, desejáveis para a totalidade da sociedade.

É importante perceber que este discurso tem efeitos nocivos à medida que reforça concepções estereotipadas e sexistas, alimentando atitudes discriminatórias e violentas que culminam em atos de *transfobia*. Desconstruir os mecanismos e as lógicas de afirmação da cisnormatividade é um passo importante para o enfrentamento e erradicação deste grave problema social, de violação dos direitos humanos e saúde pública, uma vez que o Brasil é o país com maior número de assassinatos de pessoas transexuais no mundo (TRANSGENDER EUROPE, 2017).

Interseccionalidade

Conceito elaborado pelo movimento feminista negro, com o objetivo de instrumentalizar as análises sobre desigualdades e iniquidades sociais considerando a relação e interligação de diversas variáveis, a partir da experiência de grupos minorizados. Desta maneira, as relações de poder em uma sociedade podem ser melhor descritas, considerando-se a complexidade dos fenômenos sociais e suas correlações históricas.

A teoria interseccional permite, então, observar que fatores como o racismo, sexismo, classismo, capacitismo, homofobia e transfobia (discriminação a partir da diferenciação negativa decorrente da origem étnico-racial, sexo, classe social, deficiências, orientação sexual e identidade de gênero, respectivamente), além de outros, não podem ser considerados isoladamente. Assim, as análises a partir desse referencial permitem melhores respostas ao enfrentamento das violências que vitimizam grupos aglutinados segundo sua identidade social, uma vez que os fatores de opressão se sobrepõem ou ocorrem simultaneamente.

Hegemonia

Superioridade ou predomínio incontestável (DICIONÁRIO CALDAS AULETE).

Inicialmente, a hegemonia caracterizava as relações de poder entre os povos na Grécia antiga, que se dava através do subjugo de uma etnia sobre outra através do uso de forças militarizadas (exércitos). Com isso, as comunidades subjugadas passavam a seguir o regramento social e as características culturais daquelas que exerciam o domínio - assim, por exemplo, ocorreu a expansão dos impérios grego e romano.

Hegemonia cultural é um conceito que busca explicar as relações de poder dentro da sociedade, em que necessariamente estão presentes mecanismos de produção de consenso e coerção. Desta maneira, os grupos subalternizados reproduzem socialmente as regras do grupo hegemônico, naturalizando-as e tornando praticamente imperceptíveis as relações de poder implícitas, dificultando sua crítica.

Não hegemônico e **contra-hegemônico** referem-se a tudo que não corresponde ao padrão hegemônico vigente, sejam comportamentos, culturas ou ideias. Tais posicionamentos ou experiências encontram dificuldades em relação ao meio em que se encontram, justamente por colocar em evidência as estruturas de poder vigentes.

Heteronormatividade

Termo utilizado para evidenciar a imposição da heterossexualidade como orientação sexual dominante e aceitável, em detrimento das outras formas de orientação.

A heteronormatividade se afirma através da compulsoriedade da heterossexualidade, ou das práticas e instituições que legitimam e privilegiam a heterossexualidade e relacionamentos heterossexuais como fundamentais e “naturais” dentro da sociedade, em consequência do binarismo sexo-gênero.

Homofobia

Termo empregado inicialmente para expressar a aversão ou o ódio irracional a todas as pessoas que não se adequam aos padrões impostos de orientação sexual, expressão e identidade de gênero, de maneira indistinta. Atualmente, denominamos a violência praticada contra homens gays como sendo *homofobia*, *lesbofobia* a violência contra mulheres lésbicas, *bifobia* aquela praticada contra pessoas bissexuais, e *transfobia* a violência praticada contra transexuais e travestis, agora agrupadas sob o termo *LGBTfobia*. Todavia, o termo *homofobia* expressou, durante algum tempo, o conceito geral da violência praticada contra essas pessoas, conforme a abrangente definição:



[...] a hostilidade geral, psicológica e social em relação a aqueles e aquelas que supõe-se desejar indivíduos de seu próprio sexo ou ter práticas sexuais com os mesmos. Forma específica de sexismo, a homofobia também rejeita todos que não se conformam com o papel pré-determinado ao seu sexo biológico. Construção ideológica que consiste na promoção de uma forma de sexualidade (hétero) em detrimento de outra (homo), a homofobia organiza uma hierarquização das sexualidades e extrai dela consequências políticas. (BORILLO, 2001, p.31 *apud* MELLO et al., 2014, tradução nossa)

Masculinidade Hegemônica

Masculinidades são as diferentes maneiras de expressão das relações de gênero masculinas, recebendo influências tanto sociais quanto subjetivas. É uma construção dinâmica, que pode mudar ao longo do tempo, assim como em relação à localidade ou cultura.

Masculinidade hegemônica é a forma de masculinidade que é cultural e politicamente dominante em um determinado tempo e lugar. Tal conceito aplica o referencial gramsciano ao campo dos estudos de gênero, e tem sido associado às análises sobre violência estrutural na sociedade.

O conceito de masculinidade hegemônica – branca, heterossexual e dominante é um modelo culturalmente ideal. Assim sendo, não é atingível por praticamente nenhum homem, mas de maneira semelhante, exerce um efeito controlador que exclui todo um campo afetivo que é considerado feminino. A esse pensamento hegemônico de masculinidade, vários autores têm atribuído a origem de muitos agravos à saúde e das relações desiguais entre homens e mulheres. Esta hegemonia aceita e acatada por homens e mulheres, tem cada vez mais gerado tensões, mal estar, conflito e repúdio. A masculinidade tradicional e estereotipada se opõe aos valores vitais para as relações humanas, como exemplo está a ética, a solidariedade, o reconhecimento mútuo, o respeito à vida e à individualidade e a diversidade humana. Os homens que não conseguem atender ou satisfazer todos os predicados desta masculinidade sofrem terrivelmente, chegando a pagar com a própria saúde e em alguns casos com a vida, para demonstrar sua macheza. Os homens, ao não demonstrarem os atributos masculinos, poderiam vistos como mulheres ou homossexuais, condição que deve ser veementemente repudiada. (CENTA, 2006 *apud* SANTOS; MARTINS, 2013)

Passabilidade

Termo empregado para descrever o desenvolvimento de características corporais, em pessoas transgênero, de modo que seja possível seu reconhecimento como uma pessoa cisgênero. Embora a *passabilidade* seja um ideal para muitas pessoas trans, essa questão também tem sido problematizada pelo movimento, uma vez que estabelece a cisgeneridade como padrão desejável a ser atingido através do processo de transição (uso de hormônios, cirurgias e outros recursos), reafirmando-a enquanto norma.

Sigla

A sigla para designar o movimento social de pessoas com identidade de gênero e orientação sexual não hegemônicas vem passando por alterações ao longo do tempo, à medida que as discussões sobre sexualidade e identidade ganham espaço na sociedade. Formada a partir do acrônimo, a sigla já se apresentou como GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), GLBT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais), e **não devem** mais ser empregadas. LGBT é a forma utilizada em documentos oficiais brasileiros, a partir do indicativo da **1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**, realizada em 2008. Tal mudança visou contemplar as reivindicações do movimento de mulheres lésbicas quanto à visibilidade das questões de gênero.

É frequente a apresentação do acrônimo LGBTI+, com a inclusão da *intersexualidade* enquanto condição biológica, e outras formas autodeterminadas de orientação sexual e identidade de gênero. Temos também a sigla LGBTTQIA+, com o duplo T distinguindo as travestis das pessoas transexuais, visando sua visibilidade; Q referente à expressão *queer* (palavra cuja tradução aproximada é ‘esquisito’), um movimento social e corrente teórica que tem se debruçado sobre as questões de identidades de gênero e orientação sexual não hegemônicas, e A referente à *assexualidade*. Também se encontra o duplo A, em referência às pessoas *agênero* (que não se identificam com nenhum gênero), bem como outras variações.

Visibilidade Intersexo

O **Dia Internacional da Visibilidade Intersexo** (*Intersex Awareness Day*) é celebrado em **26 de outubro**, em alusão à primeira intervenção pública sobre o tema, realizada em 1996 pelos ativistas Max Beck e Morgan Holmes durante a conferência anual da Sociedade Americana de Pediatria, em Boston (EUA).

Desde 2003 a data é anualmente visibilizada por ativistas em todo o mundo, em uma jornada que culmina no dia **8 de novembro**, o **Dia da Solidariedade Intersexo**.



Visibilidade Lésbica

O Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, celebrado em **29 de agosto**, dedicou esta data em virtude da realização do *1º Seminário Nacional de Lésbicas* (SENALE, atualmente SENALESBI), ocorrido em 1996 na cidade do Rio de Janeiro, com a participação e organização de diversos coletivos.

O Dia do Orgulho Lésbico, por sua vez, é celebrado em **19 de agosto** desde o ano de 2003, em memória da ativista Rosely Roth que, em 1983, liderou a primeira manifestação lésbica contra o preconceito em frente a um bar no centro de São Paulo, na mesma data.

As pautas do movimento de mulheres lésbicas são bastante marcadas pelo enfrentamento à *lesbofobia* e invisibilidade deste segmento, seja nas políticas públicas ou no próprio movimento LGBT, e denunciam graves e persistentes problemas de violência perpetrados contra este grupo, como o *estupro corretivo*¹, discriminação, intensa violência física e psicológica e outras opressões específicas.

¹ O estupro corretivo consiste em violência sexual praticada por homens principalmente contra mulheres lésbicas, mas também contra gays e pessoas transgênero com o objetivo de "corrigir" e punir suas sexualidades e identidades. Além da violência sexual em si, tal prática deve ser vista como tortura.

Visibilidade Trans

Celebrada em **29 de janeiro**, o Dia Nacional da Visibilidade Trans foi escolhido em virtude do evento de lançamento, em 2004, da campanha do Ministério da Saúde, com o seguinte lema: *"Travesti e respeito: já está na hora dos dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate. Na escola. No trabalho. Na vida"*. A campanha, integrante do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/AIDS), foi lançada no Congresso Nacional, onde transexuais e travestis que integraram a elaboração da mesma expuseram aos parlamentares suas demandas por cidadania e respeito na sociedade.

A campanha consistiu na primeira ação governamental positiva de combate à *transfobia* e voltada especificamente para este público. O material produzido (cartazes, folder para educadores e profissionais de saúde e uma cartilha voltada ao público travesti e transsexual) pode ser acessado [aqui](#).

Violência Institucional

Segundo Minayo (2007), a violência institucional se caracteriza e pode ser exemplificada como

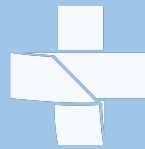
aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. Os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública são os principais exemplos dados pela própria população quando se refere à violência institucional (...). No caso do setor saúde, a tentativa de criar um programa transversal de humanização do SUS, em última instância, é o reconhecimento de que a tendência da instituição e dos profissionais é a burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização dos pacientes e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários. (p.33)

Considerando a magnitude da violência institucional, suas características e determinantes, seu enfrentamento demanda ações coordenadas, transversais e abrangentes, uma vez que esta modalidade de violência incide diretamente sobre o gozo de direitos fundamentais dos indivíduos.

Instituído em 2001 e reestruturado em 2010, o Conselho Nacional de Combate a Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) é um órgão colegiado composto paritariamente pela Sociedade Civil e Governo Federal, com a finalidade de formular e propor diretrizes de ação governamental, em âmbito nacional, voltadas para o combate à discriminação e para a promoção e defesa dos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; fomentar e acompanhar as políticas públicas; e sensibilizar os órgãos de Estado nas ações de defesa e garantia dos direitos da população LGBT.

DEMOCRACIA É SAÚDE.
SAÚDE É DEMOCRACIA.

Defenda o SUS.





Promotores e Promotoras da Saúde LGBT para Profissionais no SUS

2ª Edição

Ficha Catalográfica

versão preliminar

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde/Fundo Nacional da Saúde/GESCON nº 92969.8560001/17-010

Coordenação Geral do Projeto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Financiamento e Apoio Institucional

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS
Coordenação-Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde
e às Políticas de Equidade do SUS - CGASOC

Apoio Técnico e Institucional

Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual de Saúde
Departamento de Ações em Saúde - DAS
Coordenação Estadual da Saúde da População LGBT

Instituições Parceiras

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Pesquisadores Coordenadores do Projeto

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, UFRGS
Prof. Dr. Maurício Polidoro, IFRS

Pesquisadores Apoiadores do Projeto

Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli, UFPR
Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires, UFSC

Apoio Técnico Institucional

Iuday Gonçalves Motta, SES-RS

Organização deste documento

Iuday Gonçalves Motta, SES-RS
Jeferson Pinheiro, UFRGS
Lara Yelena Werner Yamaguchi, UFRGS

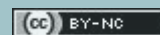
Apoio Técnico Acadêmico

Bruna Vargas, UFRGS
Jeferson Pinheiro, UFRGS
Martha Reus, UFRGS

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser acessada, na íntegra, no Repositório Lume <<https://www.lume.ufrgs.br>>.





Apresentação

A capacitação de Promotores e Promotoras da Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) é parte integrante do projeto *A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde*, oriundo da parceria interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Instituto Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, com o apoio do Ministério da Saúde, que tem como objetivo fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em todo estado.

É importante ressaltar que esta política integra um importante componente dos tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário, através dos quais se comprometeu, perante a comunidade internacional, em assegurar os

direitos fundamentais da população LGBT, com especial ênfase no direito à vida.

Esse curso toma como pontos de partida a concepção ampliada da saúde e uma perspectiva interseccional com os marcadores de sexo atribuído ao nascimento, de identidade de gênero, da orientação sexual e do quesito raça/cor. Assim, articula o conjunto de políticas formuladas para promoção da equidade e que atuam no desafio da garantia dos direitos humanos e da implementação da atenção à saúde integral.

Esperamos que esta seja mais uma oportunidade de estudos cujos conhecimentos possam apoiar práticas cotidianas na redução das desigualdades, no aprimoramento da atenção à saúde junto ao Sistema Único de Saúde e no fortalecimento dos direitos da população LGBT e da democracia.

Desejamos a todas, todos e *todes* um ótimo curso!

Curso de Formação de Promotores e Promotoras da Saúde LGBT para Profissionais no SUS

MÓDULO 1

Encontro Presencial | Apresentação e abertura do curso

EAD | Conceitos Básicos sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero

EAD | Atividade Final

MÓDULO 2

EAD | Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais

EAD | Atividade

▶ **EAD** | Saúde dos Homens Gays e Bissexuais

EAD | Atividade

EAD | Saúde dos Homens Transexuais, Mulheres Transexuais e Travestis

EAD | Atividade

Encontro Presencial | Especificidades em Saúde da População LGBT e os Sistemas de Informação em Saúde

MÓDULO 3

EAD | O direito à saúde da população LGBT

EAD | Boas práticas e experiências no cuidado à saúde da população LGBT

EAD | Construção de proposta de intervenção

Encontro Presencial | Apresentação das propostas de intervenção e encerramento do curso



Índice

Introdução	08	Determinantes Sociais	
A superação do machismo para o cuidado em saúde	09	Saúde Mental	30
		Uso abusivo de álcool e drogas	30
		Causas externas e homofobia	31
Saúde dos homens gays e bissexuais		Referências	36
Especificidades	11		
Trato Urinário e Anorretal	12		
Câncer	13		
Saúde Sexual			
Comportamento Sexual	22		
Infecções Sexualmente Transmissíveis	25		
HIV/AIDS	25		



CURSO EAD

2 MÓDULO

Saúde dos Homens

Gays e Bissexuais



Introdução

A participação e abordagem em relação à saúde dos homens vem sendo discutidas desde a década de 70, a partir da temática da saúde reprodutiva. As conferências realizadas na década de 90 - IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) apontaram como diretriz a maior participação masculina na promoção da saúde. Entretanto, quando trata-se da participação de homens gays e bissexuais da promoção da saúde, atravessam-se o estigma, a heteronormatividade, a negligência, a discriminação, a exclusão social e a marginalização que continuam produzindo consequências negativas para a manutenção da saúde e para a prevenção de doenças neste grupo específico.

O movimento social cumpre um importante papel na defesa dos direitos dos homossexuais, tendo como marco a fundação do grupo **Somos** na década de 1970, que surgiu como forma de empoderamento e luta pela conquista de direitos, passando a atuar de modo a garantir necessidades básicas de subsistência dessa população, como o direito à saúde assegurado pelo Estado.

Com a epidemia do HIV/Aids na década de 1980 e sua associação aos homens gays e bissexuais, a estigmatização deste grupo se torna ainda mais evidente, constituindo um desafio a ser transposto ainda nos dias atuais. Diante deste contexto, compreender os processos de vulnerabilização vivenciados por homens gays e bissexuais é imprescindível para o planejamento e reestruturação dos serviços de saúde, visando a oferta de cuidado integral e acolhedor.

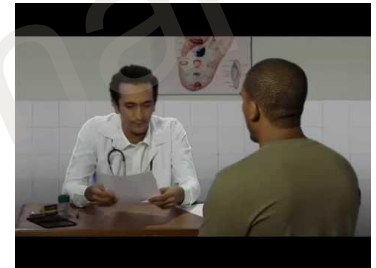
Nesse sentido, a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (2009) e a **Política Nacional de Saúde LGBT** (2011) são marcos importantes para as mudanças pretendidas. Outras iniciativas do Ministério da Saúde, como as publicações relacionadas às demandas de saúde específicas deste grupo de homens como, por exemplo, uma das etapas da campanha **Cuidar bem da saúde de cada um** e a cartilha **Homens Gays e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social**, destacam a importância da participação social na construção das políticas públicas de saúde e o protagonismo dos homens gays e bissexuais neste processo, com importante papel na mudança da cultura masculina.

A superação do machismo para o cuidado em saúde

Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser *masculino*. Nesse contexto, a doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição biológica, acarretando um menor autocuidado em saúde e maior exposição a situações de risco. Como exemplo, observamos que alguns homens habitualmente evitam o contato com espaços de saúde, como os consultórios médicos e os corredores das unidades básicas de saúde, em consequência dessa crença na invulnerabilidade ou como modo de afirmação de uma certa masculinidade.

Entretanto, vários estudos comparativos têm comprovado o fato de que, em relação às mulheres, os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. Além disso, muitos serviços e estratégias de comunicação acabam por privilegiar ações em saúde para crianças, mulheres e pessoas idosas, reforçando o papel das mulheres como cuidadoras e excluindo a possibilidade de

maior participação dos homens. Nessa perspectiva, a **Rede de Homens pela Equidade de Gênero** (RHEG) coordenada pelo Instituto PAPAÍ criou a campanha **Machismo Não Combina com Saúde** (2009).



A população masculina tem menor expectativa de vida, maior vulnerabilidade às doenças, sobretudo as crônicas, e acessa menos os serviços de saúde.



O debate sobre homens e gênero, nascido principalmente de experiências e conhecimentos construídos pelos movimentos feministas e LGBT, possibilitou:

[...] perceber os homens na sua pluralidade, com diversas possibilidades de exercício de masculinidade. Desta forma, homem e masculinidade se transformaram em homens e masculinidades para dar conta da diversidade da experiência humana. [...] Portanto, as masculinidades não são outorgadas, mas construídas enquanto experiência subjetiva e social que são. Se elas são construídas social, cultural e historicamente, podem ser desconstruídas e reconstruídas ao longo da vida de um homem. (LIMA, BUCHELE, CLÍMACO, 2008)

Tal como se observou com a saúde das mulheres lésbicas, ao abordarmos as especificidades de saúde dos homens gays e bissexuais, essa temática ainda carece de maior visibilidade junto aos serviços, bem como nas políticas públicas.

Há diversas razões que motivam homens gays e bissexuais a buscarem os serviços de saúde. Todavia, muitos destes homens, devido aos conflitos e temores relacionados com a sua orientação e/ou prática sexual tendem a evitar estes serviços por percebê-los como um espaço potencialmente inseguro onde há ameaça iminente de julgamento e escárnio.

O nível de homofobia implícita e explícita existente em profissionais de saúde, a falta de espaços apropriados e amigáveis para o atendimento e o contexto de discriminação

apresentado pela sociedade como um todo favorecem este cenário. Homens gays e bissexuais, incluindo os jovens, costumam indicar uma acentuada frustração durante o acolhimento nos serviços de saúde ocasionada por inferências ou julgamentos de profissionais de saúde sobre sua orientação e/ou comportamento sexual. A faixa etária também influencia na capacidade e no desejo do indivíduo em acessar os serviços de saúde: jovens gays e bissexuais podem apresentar menor probabilidade de buscar atendimento em saúde por temerem revelar sua orientação sexual, enquanto aqueles mais confortáveis com a sua sexualidade e orientação sexual, quando vinculados à equipe, tendem a buscar ou utilizar com maior frequência os serviços de saúde.

Há igualmente maior resistência desses usuários quanto à abordagem inicial que associa a prática sexual homossexual com riscos à saúde, bem como a associação direta entre a busca por atendimento e a infecção pelo HIV.

Tal influência deve-se à relação que foi estabelecida entre a homossexualidade e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids nas décadas passadas, negligenciando atenção a outros aspectos, tais como: a incidência de quadros de depressão e ansiedade, que podem levar ao suicídio relacionado aos ambientes hostis e discriminatórios (homofóbicos), comprometendo o acesso humanizado e sem preconceitos nos serviços de saúde.

A saúde de homens gays e bissexuais não se resume à vulnerabilidade e ao risco de exposição a IST, HIV/Aids e Hepatites Virais. Compreender a dimensão da saúde de forma integral e promover cidadania e respeito é fundamental para acolher as demandas de saúde desta população no SUS.

Ao se pensar em ações voltadas à prevenção ou tratamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais é preciso considerar que as relações afetivas e sexuais deste grupo de homens não podem ser compreendidas dentro de uma visão de mundo *heteronormativa* (a heterossexualidade enquanto norma).



De quem é a culpa da epidemia de HIV no Brasil?

Por Ricardo Vasconcelos

Qual é a diferença?
Atendimento a
jovens gays
(caso Facundo)

UNFPA Uruguai



Especificidades

Os homens gays e bissexuais compartilham vários dos determinantes de saúde da população masculina em geral, porém apresentam algumas especificidades em decorrência de:

- **Fatores biológicos:** herança genética, condição nutricional, condição física, doenças existentes, sequelas de condições prévias;
- **Fatores não biológicos:** educação, renda, raça/racismo, orientação sexual e identidade de gênero, heteronormatividade, idioma, redes de apoio social, condições para autoproteção e autocuidado.

A homossexualidade não é um transtorno mental ou social. Entretanto, é amplamente desaprovada e muitas vezes julgada como tal. Diante disso, muitas vezes, em homens gays e bissexuais é comum a presença de agravos em saúde mental, como:

- **depressão e ansiedade** relacionadas ao estigma, preconceito, discriminação, bullying, isolamento social, exclusão social e a homofobia externa e/ou internalizada;
- **estresse pós-traumático** devido a experiências de violência física e/ou psicológica, ou ainda o rompimento de vínculos familiares e sociais; e



- **uso abusivo** de álcool e outras drogas.

Tais questões são potencializadas quando associadas a outros tipos de agravos como, por exemplo, a infecção pelo HIV.

Outro ponto importante a ser levado em consideração é, por exemplo, relacionado a aqueles homens que mantêm no anonimato sua orientação sexual durante boa parte da vida (como pode ser o caso de muitos gays, ou mesmo, o caso de jovens que acabam de reconhecer sua orientação sexual). Isso pode desencadear consequências emocionais graves que, frequentemente, podem comprometer a saúde desses indivíduos devido aos comportamentos associados ao anonimato ou à clandestinidade.

Sendo assim, é importante que profissionais de saúde considerem e sejam sensíveis ao estresse emocional e psicológico oculto, que pode ou não ser identificado no início de uma consulta ou tratamento, para poder acolher e atender as necessidades desses usuários.

Os jovens gays e bissexuais necessitam, muitas vezes, de atenção especial. É preciso considerarmos as vulnerabilizações vivenciadas por este grupo a partir da associação de características próprias da faixa etária com aquelas relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero. Em diferentes contextos, a homossexualidade ainda é vista como

um “transtorno ou doença”, sendo esta uma das bases para determinar o rompimento de relações familiares, sociais, escolares e de trabalho.

O peso e a pressão de conceitos equivocados sobre os jovens que iniciam processos de descoberta, autoaceitação e revelação da sua orientação homossexual ou bissexual podem influenciar diretamente no autocuidado e manutenção da saúde, além de interferirem em outras áreas de suas vidas.

Trato Urinário e Anorretal

Existe uma série de doenças que acometem o trato urinário (uretra, bexiga, ureter e rins) de homens de uma forma geral, mas que nos homens gays e bissexuais podem ser desencadeadas por outros fatores como, por exemplo, a prática de sexo anal sem preservativo, que pode expor o trato urinário a microorganismos do trato intestinal.

É preciso orientar homens gays e bissexuais a estarem atentos aos seguintes sintomas e não negligenciá-los:

- jato de urina fraco;
- gotejamento longo após urinar;
- incontinência urinária;
- alteração na frequência do ato de urinar;

- necessidade de acordar durante a noite para urinar;
- sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga;
- alteração na cor da urina;
- dor ao urinar;
- coceira;
- bolhas, verrugas e caroços.

As infecções e condições específicas da saúde anorretal em homens gays e bissexuais podem estar relacionadas tanto com a atividade sexual quanto com a função biológica. Assim, recomenda-se a realização de exame anorretal como parte do conjunto de indicações e rotina do atendimento geral em saúde destes homens.

O **exame anorretal** possibilita a identificação de lesões perto do ânus ou da mucosa anal, dor aguda próxima ao ânus, secreções, doenças ou sintomas hemorroidais, trombose hemorroidal, fissuras ou fístulas anais, câncer no ânus ou reto, complicações devido a traumas no ânus ou no reto, lesões intestinais, úlceras a redor de ânus ou reto e incontinência. Ainda sobre a saúde anorretal, é preciso que o/a profissional de saúde oriente o usuário sobre alguns cuidados:

- a importância de lavar a região anal antes e depois do sexo anal, pois reduz a quantidade de bactérias que podem disseminar-se de parceiro para parceiro;
- a função que desempenha o preservativo na prevenção das IST nos contatos sexuais com penetração;

- o uso de lubrificantes à base d'água como forma de diminuir a possibilidade de lesões e minimizar o risco de transmissão de doenças durante o sexo anal, uma vez que pele e tecido anal têm tendência a lesões quando não estiverem lubrificados;
- a importância de evitar-se o uso excessivo de duchas higiênicas e enemas, uma vez que podem prejudicar o equilíbrio natural de bactérias no trato intestinal inferior.

Câncer

Câncer de pênis

Entre os anos de 2006 e 2016, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade, foram 3.865 óbitos por neoplasia maligna do pênis no Brasil. Embora considerado um tumor raro, ocorre mais frequentemente em regiões de baixo nível socioeconômico, relacionando-se às más condições de higiene e/ou infecção pelo HPV.

São fatores de risco para este tipo de câncer: fimose, baixa renda familiar, tabagismo, hábitos inadequados de higiene, baixa escolaridade e resistência dos homens em procurar os serviços de saúde, principalmente nos casos que não apresentam sintomas.



Em relação aos sintomas, estão:

- aparecimento de ferida avermelhada que não cicatriza;
- nódulo no pênis, na glândula ou no prepúcio;
- pele do pênis mais espessa ou com alterações na cor;
- corrimento com mau cheiro que sai pela uretra;
- sangramento pelo pênis;
- inchaço da extremidade do pênis;
- dor e inchaço nas ínguas da virilha.

Tais sintomas também podem estar relacionados às infecções sexualmente transmissíveis, sendo necessário, então, a realização de consulta imediata, testagem e avaliação na atenção básica, conforme preconizado no **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Descartada a possibilidade de IST, ou na permanência dos sintomas, recomendando-se encaminhamento para atenção especializada e diagnóstico.

A prevenção consiste em lavar diariamente o pênis com água e sabão, principalmente a glândula, em especial após relações sexuais ou masturbação; utilizar preservativos nas relações sexuais e, se necessário, realizar a cirurgia de fimose.

Câncer anal

Evidências demonstram que homens que fazem sexo com homens de forma receptiva e maior número de parceiros sexuais elevam o risco para câncer anal e lesões pré-malignas em decorrência do HPV, que é aumentado nos casos de pessoas vivendo com HIV.

Outro fator de risco é o tabagismo, e sugere-se que imunodeprimidos com lesões provocadas pelo HPV devam ser seguidos criteriosamente, independentemente do tipo do HPV, parecendo ser mais importante confirmar o diagnóstico histológico do que o padrão do câncer (NADAL; MANZIONE, 2006). Existem cerca de 200 tipos diferentes de HPV, dos quais 70 se relacionam com cânceres anal-genitais.

O sintoma mais comum é o sangramento anal vivo durante a evacuação, associado à dor na região do ânus. Outros sinais de alerta são coceira, ardor, secreções incomuns, feridas na região anal e incontinência fecal (impossibilidade para controlar a saída das fezes) (INCA).

Câncer de próstata

É o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo e o quinto em taxa de mortalidade. No Brasil, é o câncer mais incidente entre homens, depois do câncer de pele. A região sul do país apresentou a maior taxa de incidência e mortalidade para este tipo de câncer no país, segundo informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e DATASUS/Sistema de Informações de Mortalidade (Ministério da Saúde).

Não se recomenda o rastreamento do câncer de próstata, uma vez que há evidências que mostram que os danos associados superam os possíveis benefícios. Na atenção primária, se recomenda o incentivo de estilos de vida saudáveis (com especial atenção para o tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas) e esclarecimento à população, que deve estar atenta aos sintomas (ver *Trato Urinário e Anorretal*).

Para os casos que necessitam investigação, ver o [Protocolo de encaminhamento da atenção básica para a urologia](#) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Câncer de próstata:
vamos falar sobre isso?

Cartilha informativa
Ministério da Saúde, 2017





Ser gay e a saúde pública

Preconceito e violência são alguns dos fatores que têm levado homossexuais masculinos a serem mais propensos à ansiedade, depressão e doenças sexualmente transmissíveis

por Danilo Thomaz

Fazia seis anos que eu não realizava um exame de HIV e, naquela ocasião, eu estava certo de que o resultado seria positivo e eu seria parte do número crescente de jovens gays (15 a 29 anos) soropositivos em São Paulo. Embora cuidadoso em minha vida sexual, não estava livre do risco da contaminação: havia tido mais de dez parceiros no ano anterior, frequentado festas e clubes de sexo e transado sem camisinha em mais de uma ocasião, ainda que poucas vezes. Para espanto da minha ansiedade – mais que meu próprio –, a amostra, colhida da saliva do alto da minha gengiva por uma espécie de cotonete, deu negativa.

Nunca mais fui o mesmo depois daquele exame que poderia ter mudado minha vida. Estava, na ocasião, em meu sexto mês de análise – laciana – e em busca de novas formas de comportamento na minha vida afetiva e sexual. Não estava – como não estou – mais propenso a ambientes de uma sexualidade bruta ou histérica. Queria algo mais verdadeiro – e suave – para mim.

O que eu não percebi, na ocasião, era que parte do meu estilo de vida, do que eu tinha e do que me faltava, não dependia nem fazia parte apenas de mim. Era parte de um contexto em que eu estava – e permaneço – inserido, no qual o preconceito e a violência se inflexionam com a vida social e afetiva dos gays, com graves consequências físicas e psicológicas, sem que haja um debate em torno disso. O mesmo Estado que se ausenta ante 343 assassinatos motivados por homofobia e transfobia – isso apenas no ano passado – é negligente e omissivo no desenvolvimento de políticas públicas para a saúde deste setor da população.

A omissão começa pela ausência de dados consistentes, em escala nacional, sobre o impacto da orientação sexual e de gênero no consumo de álcool e drogas, nos transtornos mentais e nas tentativas de suicídio. A exceção é óbvia: o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, o que revela per se o estigma que acomete homossexuais e transgêneros. E mesmo nisso o Brasil tem começado a falhar.

País-modelo no combate à AIDS ao universalizar o acesso ao medicamento antirretroviral, em 1996, o Brasil, na segunda década do século XXI, tem perdido a batalha contra a doença, com o aumento dos casos de infecção, sobretudo entre os mais jovens.

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em âmbito nacional, que deve ser divulgado em breve, estima que 23% dos homossexuais masculinos da cidade de São Paulo sejam soropositivos. No Brasil, de 2006 a 2015 a taxa de detecção de casos de HIV positivo entre jovens do sexo masculino com 15 a 19 anos quase triplicou (de 2,4 para 6,9 casos por 100 mil habitantes) e, entre os jovens de 20 a 24 anos, mais do que dobrou (de 15,9 para 33,1 casos por 100 mil habitantes). “Não há campanhas que dialoguem com a população gay”, afirma Ricardo Vasconcelos, médico infectologista da Faculdade de Medicina da USP. “Um menino de 15 anos que começa sua vida sexual não tem onde buscar informação. Então, ele vai encontrá-la no Grindr, no Hornet.”

Fato. Uma rápida visita ao site do Ministério da Saúde leva qualquer um – mesmo heterossexual, branco e cis – a ter certeza de que é soropositivo e pular do exame diretamente para a fila do medicamento antirretroviral. Sexo oral, sexo anal e sexo vaginal são tratados como formas de contaminação equivalentes – ainda que não sejam. Os conteúdos disponíveis em sites e vídeos do YouTube tampouco ajudam: ora transmitem informações vagas e o bordão “Na dúvida, faça o

teste e comece logo o tratamento”, ora trazem depoimentos que colocam a vida de um soropositivo no mesmo nível de docilidade de um musical com a Doris Day.

Outro problema apontado por Vasconcelos é a ideia de que a camisinha e a abstinência sexual são a única forma de prevenção ao HIV e às demais DSTs. Mesmo que o SUS, hoje, disponibilize a PEP (Profilaxia Pós-Exposição), que pode ser tomada até 72 horas após uma relação de risco, também há pouca divulgação sobre ela (a única vez que vi um cartaz a respeito foi na entrada na Festa Kevin). Em 1º de dezembro, o SUS disponibilizará em São Paulo e outras capitais a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), que imuniza o corpo ao vírus.

Apesar do avanço que a chegada da PrEP representa, a situação para o tratamento da aids tende a piorar com a PEC 55, que limita os gastos do governo brasileiro em assuntos que não tenham a ver com o pagamento dos juros da dívida pública, que consome 8% do PIB – ante 2,2% da saúde. “O número de pessoas com HIV só aumenta, mas o número de serviços, não. O Brasil tem hoje o mesmo número de ambulatórios para o tratamento do HIV que tinha nos anos 1990. O tempo de espera é de quatro a seis meses”, afirma Vasconcelos. “Nós já vemos o Ministério da Saúde racionando exames de rotina, como o CD4 (células que medem o sistema imunológico do soropositivo).”

O aumento da infecção pelo HIV – e outras doenças sexual-



mente transmissíveis, como a sífilis – é parte de um estilo de vida presente nos grandes centros que leva ao abuso de álcool, drogas e, portanto, às relações sexuais de risco. Segundo o artigo “**Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais**”, publicado em 2015 na revista da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), homossexuais e transgêneros têm até 1,5 mais chance de consumir substâncias psicoativas do que os heterossexuais. De acordo com o psiquiatra Daniel Mori, do Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital das Clínicas, esse número pode chegar a ser quatro vezes maior, assim como os índices de depressão e transtorno de ansiedade.

Razões não faltam. Uma delas, em sendo o Brasil o campeão em assassinatos motivados por homofobia, é a violência física e verbal – dentro e fora de casa. “Isso é ainda mais forte entre os transgêneros, por estarem expostos a uma situação de violência e invisibilidade social ainda maior”, afirma Mori, que também vê um déficit na formação de profissionais de saúde para atender esses grupos. “Os profissionais da saúde inferem que as pessoas são heterossexuais e cisgêneros.”

Em ambiente escolar, segundo pesquisa divulgada no ano passado pelo Senado Federal, 73% dos alunos LGBTs foram agredidos verbalmente, 48% ouvem comentários homofóbicos e 27% foram agredidos fisicamente. Ainda que a pesquisa não contemple a questão, o bullying traz também sérias conse-

quências ao desempenho escolar dos estudantes que acabam, por via indireta, tendo seu direito à educação vilipendiado – com consequências futuras. Quem, de fato, vivencia ou vivenciou o bullying – como é meu caso – sabe que se trata de uma pressão semelhante à tortura psicológica, em que cada gesto pode te transformar em alvo e que envergonha muito a vítima – como é comum em casos de abuso. As reações à opressão são seguidas de ameaças – algumas vezes concretizadas; outras, não. Não resta outra opção além de calar-se. Isolar-se. Apagar-se.

Contudo, o programa de combate à homofobia em ambiente escolar, criado em 2012 e taxado pela bancada evangélica e parte da imprensa como “kit gay”, foi arquivado – em nome da governabilidade do primeiro governo Dilma e da campanha de Fernando Haddad à prefeitura de São Paulo. (Faz pensar.)

A chegada à maioridade e à vida adulta representa, para muitos gays, o verdadeiro início da vida – e da liberdade. Raro um gay que não recorde o quanto esperou para completar 18 anos e frequentar baladas gays. Ou, tendo nascido em uma cidade pequena, não tenha riscado cada dia do calendário até a data da mudança para uma cidade grande.

A situação – digo eu que vim de Itu para morar em São Paulo e morei por poucos meses em Madri – de fato é outra. Mas será que o reino de Oz é tão melhor que o provinciano Kansas?

A vida gay nos grandes centros, do Brasil e do mundo, excitante à primeira vista, logo se revela repetitiva – aqui, ali, em qualquer lugar. As festas, depois de um tempo, não são muito diferentes entre si. Os rapazes não são muito diferentes entre si. Nem mesmo o sexo muda muito de um para outro – talvez pela massificação via pornografia virtual.

O natural, com a chegada do tédio, seria o famoso “sossegar”, ou seja, uma vida afetiva estável e adulta. Mas, para a maioria dos gays, essa é uma realidade distante, e a construção de uma vida emocional sólida e adulta é um caminho doloroso – talvez até com mais chances de fracasso do que de sucesso.

Raramente se sabe onde se está pisando: um encontro perfeito é seguido de um desaparecimento sem vestígios, como o da Lila da obra *A amiga genial*, de Elena Ferrante. Uma série de encontros que se encaminham para o início de um relacionamento não raro acaba em nada – sem nenhuma justificativa. Muitas conversas no Tinder, assim como em aplicativos de sexo – mais comuns entre os gays –, se resumem ao “Oi, tudo bem?”, “Tem foto de rosto?”, “Quantos cm?”, “Ativo ou passivo?”. A depender do rosto, do tamanho do pênis e da posição sexual, podem se encerrar aí mesmo.

Segundo o psicanalista Lucas Charafeddine Bulamah, autor de *História de uma regra não escrita: a proscricção da homossexualidade masculina na história do movimento psicanalítico*, o universo gay masculino, sobretudo nas clas-

ses médias e altas, adota uma tática de grupo que obriga os gays a seguir certo padrão estético. Este é marcado, claro, por físico sarado, determinado corte de cabelo (que varia), roupas justas (quase sempre coloridas) e barba (nos dias de hoje), que geram boas fotos para as redes sociais e aplicativos e alguns olhares nas pistas e *dark rooms*. “Essa é a forma com a qual o capitalismo inclui os gays, a partir de políticas identitárias, que incluem as pessoas como um produto. Como você tem poucos acessos a outros recursos (por meio do Estado) essa é a única saída para inclusão, uma vez que a exclusão da possibilidade de uma vida relacional é aterrorizante”, afirma. “Você adota um padrão de comportamento que visa mostrar que é ‘mais macho’ do que aquele que o discrimina e acaba, assim, dando razão a ele.”

A resposta a essa falta de vínculo afetivo e conflito identitário é dada por meio do uso abusivo de álcool, drogas e comportamentos sexuais de risco, verificáveis também em outros países do mundo.

Uma pesquisa realizada em outubro de 2016 pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), de Nova York, mostrou que 75% dos homens gays e bissexuais recém-chegados à cidade sofriam de ansiedade, depressão e abuso de álcool e drogas.

Na Inglaterra, um levantamento feito em 2014 pela *Public Health England* mostrou que homossexuais masculinos são



duas vezes mais propensos a sofrer de depressão e ansiedade em comparação com os heterossexuais masculinos.

Segundo amostra da Organização Mundial da Saúde realizada com 172 países, incluindo o Brasil, homossexuais e transgêneros têm até cinco vezes mais chances de cometer suicídio. Na Suécia, um dos primeiros países do mundo a reconhecer o casamento homossexual, o índice de suicídio entre homens casados com homens é três vezes maior que entre homens casados com mulheres.

Os dados mostram uma verdadeira epidemia ignorada até mesmo pelos homossexuais, cuja agenda, no caso brasileiro, ainda permanece circunscrita ao casamento igualitário, à criminalização da homofobia e ao “beijo gay” na novela das nove – conquistado, enfim, há três anos na novela *Amor à vida*. A realidade de países mais avançados nessa área – como as citadas Inglaterra e Suécia – mostra que possibilitar aos homossexuais ter uma vida comum não basta. “A questão não é se sabem salvar a própria vida”, disse um profissional da saúde de um centro clínico nos Estados Unidos, citado na reportagem *“Together alone”*, publicada no Huffington Post. “A questão é se eles sabem que sua vida vale a pena.” E isso tem de começar na infância.

VERSÃO ORIGINAL PUBLICADA EM



<https://diplomatieque.org.br/ser-gay-e-a-saude-publica/>

In a Heartbeat

EUA, 2017

Curta-metragem premiado internacionalmente, sobre a paixão de um garoto por seu colega de escola.



Você é gay?

Por Vítor de Castro



Não é por ser gay que eu...

Canal Põe na Roda





Saúde Sexual

de Homens Gays e Bissexuais

Comportamento Sexual

Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV/Aids



Os homens gays e bissexuais enfrentam uma quantidade grande de problemas similares aos dos homens heterossexuais em relação à saúde sexual. Há, porém, questões mais específicas desse segmento que devem ser observadas. Salienta-se a necessidade de estabelecer uma relação positiva, amistosa e segura entre usuário e equipe para que tais questões sejam abordadas ou tratadas, mesmo durante uma primeira avaliação ou consulta no serviço de saúde.

Confidencialidade e capacitação adequada dos profissionais de saúde acerca da temática da sexualidade são aspectos altamente recomendados, incluindo também ambientes livres de discriminação, tolerantes e seguros. Uma compreensão abrangente sobre educação sexual é necessária para a construção e abordagem dos aspectos positivos da sexualidade, bem como a prevenção de infecções, situações de abuso e outras ocorrências relacionadas à saúde sexual. A educação sexual deve ser proporcionada por profissionais capacitados e sensíveis quanto às metodologias mais apropriadas ao contexto e idade, constituindo-se como um componente crucial para a promoção da saúde e bem estar, e deve ser compreendida como parte integrante do acesso aos serviços de saúde (WHO, 2015).

Os discursos homofóbicos presentes no pensamento ocidental produziram o silêncio dos sentimentos afetivo-sexuais dos homossexuais, além de constituir uma identidade historicamente estigmatizada e associada à proliferação de doenças,

ao 'pecado', comportamentos perversos e visões aberrantes que, por outro lado, promove discursos *heterossexistas* (ênfase ou valorização da heterossexualidade como norma) e, juntos, formam a construção social da homossexualidade.

Estudos realizados em diversos países demonstraram o impacto desses fatores na construção da identidade sexual de jovens, com experiências marcadas pela manutenção do segredo sobre sua sexualidade, sentimentos de vergonha, angústia, medo da exclusão e desprezo social, intimidação e bullying (sobretudo no ambiente escolar) levando-os a comportamentos de riscos sociais, psicológicos e físicos. Comportamentos sexuais de risco advêm desse conjunto de dificuldades em relação à família e ao meio social, estabelecendo uma dicotomia entre os espaços público e privado, sendo a homossexualidade vivenciada em guetos e espaços exclusivos (CUNHA; GOMES, 2015).

Alguns comportamentos sexuais podem apresentar riscos se não forem adotadas estratégias de prevenção, exemplos: sexo com múltiplos parceiros, com parceiros casuais, *barebacking* (sexo anal desprotegido) e aumento do uso de drogas, que pode ocasionar situações que dificultem ou impeçam a negociação do uso de preservativo ou mesmo prejudiquem o entendimento sobre o que é consenso nas relações sexuais.

A vivência da sexualidade é algo dinâmico e sob influência de diversos elementos sociais e culturais - compreender os signi-

ficados dos comportamentos sexuais e sua permeabilidade e mutabilidade em relação às diferentes culturas e grupos sociais é fundamental para que o setor saúde possa propor abordagens adequadas às múltiplas vivências, percepções e subjetividades dos sujeitos em relação à sua própria sexualidade.

Em relação aos jovens, profissionais da saúde e atenção social podem desempenhar um papel importante na transformação e ressignificação das construções sociais da homossexualidade, através do apoio, acolhimento e educação sexual livre de estigmas que podem dar suporte às práticas do autocuidado em saúde e bem estar social. É desejável pensar em estratégias de acolhimento familiar durante o processo de *saída do armário*, sendo esta uma lacuna apresentada nos estudos observados sobre jovens homossexuais. O modelo hegemônico de masculinidade e o contexto histórico devem ser levados em consideração nas negociações de medidas preventivas, além da disponibilização de informações e capacitação de profissionais de saúde e educação para lidar com tais questões (CUNHA; GOMES, 2015).

Disfunção Erétil

É um problema comum entre os homens, independentemente da orientação sexual. Pode ser provocada por distúrbios psicogênicos, medicação, problemas de saúde, ou uma com-

inação de todos estes fatores. Revisar o uso de drogas receitadas ou usadas, incluindo o uso de álcool, pode ajudar a identificar uma causa farmacológica facilmente reversível.

O exame físico é necessário na consulta inicial para identificar possíveis condições médicas associadas com a disfunção erétil. Os testes laboratoriais de rotina incluem glicemia, perfil lipídico e testosterona, e são necessários para identificar e tratar possíveis fatores de risco e fatores de estilo de vida modificáveis. Uma vez que o uso do preservativo pode piorar a disfunção erétil, os indivíduos com este problema estão mais suscetíveis ao sexo sem proteção, sendo necessário enfatizar os riscos associados a essa prática, bem como as possibilidades de redução dos mesmos.

Baixa escolaridade (e seu conseqüente menor acesso aos cuidados com a saúde, maior desconhecimento acerca da função sexual, além de mitos, tabus e conceitos errôneos, prejudiciais ao desempenho sexual), desemprego, baixa autoestima e depressão se mostraram como fatores de risco para a ocorrência da disfunção erétil (ABDO et al., 2006).

Problemas de Ejaculação

Tanto a ejaculação precoce quanto a ejaculação retrógrada e tardia podem estar relacionadas a quadros de ansiedade, depressão e outras situações de saúde mental como as abor-



dadas anteriormente, mas também podem estar relacionadas a questões fisiológicas.

A disfunção erétil, outras disfunções sexuais ou infecções geniturinárias (prostatite) devem ser tratadas primeiro. É importante destacar que há exercícios e tratamentos disponíveis para contornar esta situação e que o acesso à atenção especializada poderá ser indicada quando necessário.

Comportamento Sexual Compulsivo

Alguns homens gays e bissexuais podem apresentar comportamento sexual compulsivo, o que envolve impulsos, fantasias e comportamentos sexuais recorrentes e intensos que interferem no cotidiano da pessoa. Os indivíduos com frequência percebem o seu comportamento sexual como excessivo, mas não são capazes de controlá-lo. Atuam de maneira impulsiva e/ou estão cheios de pensamentos intrusivos e obsessivos, que interferem no desenvolvimento das relações sociais, ocupacionais, interpessoais e íntimas.

O comportamento sexual compulsivo não necessita envolver outra pessoa (por exemplo, compulsão por pornografia), nem requer que o indivíduo experimente um orgasmo, mas deve-se estar alerta quando este constituir um fator de exposição aos riscos físicos e psicossociais.

Saúde Reprodutiva

É importante que a equipe de saúde considere que homens gays e bissexuais, jovens e adultos, podem não ter atividade sexual exclusivamente com homens. Pode haver também experiências ou atividades sexuais com mulheres, como forma de confirmar a sua atração por outros homens (ou seu esforço para suprimi-la) ou por exercerem de forma livre sua bissexualidade, entre outros motivos.

Qualquer que seja a motivação, há evidências de que estes jovens estão mais suscetíveis do que seus pares heterossexuais ao envolvimento com mulheres sem uso de proteção, tendo por consequência situações de gravidez não planejada, dentre outras. O aconselhamento quanto ao uso de preservativos em relações que possam ter como consequência uma gravidez não desejada faz parte do exercício responsável da sexualidade, independente da orientação sexual.

Homens e casais gays podem exercer a paternidade através da adoção ou, ainda, ter filhos biológicos seguindo o disposto pela **Resolução nº 2.168** de 21 de setembro de 2017 do Conselho Federal de Medicina (publicado em Diário Oficial da União em 10 de novembro de 2017), que aborda sobre as técnicas de reprodução assistida, entre elas a gestação por substituição.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

É importante atentarmos que, em homens gays e bissexuais, as IST podem se manifestar por meio de sintomas anais, retais, orofaríngeos e/ou genitais. Além disso, poderão manifestar seus sintomas durante muito tempo antes do indivíduo estar pronto para buscar atendimento e tratamento, devido ao temor da revelação de sua orientação sexual, ou ainda da vergonha da infecção por via sexual.

Considera-se um conjunto de sintomas para suspeita de presença de IST, entre eles: a uretrite (dor na micção e/ou corrimento uretral); a ulceração genital (úlceras ou vesículas); a proctite (defecação dolorosa, urgência retal ou secreção retal); a faringite; a prostatite; o inchaço escrotal; linfonodos inguinais inchados (ínguas); e lesões cutâneas como verrugas.

O importante é se informar ao máximo sobre os principais sintomas das diferentes IST (HPV, Gonorreia, Sífilis, Herpes Genital, Hepatites Virais), HIV/Aids e Hepatites Virais, e estimular o uso dos métodos de prevenção, realizar diagnóstico precoce e oferecer tratamento adequado.

Entre homens gays e bissexuais, observa-se maior frequência de sífilis, gonorreia, clamídia, herpes, linfogranuloma venéreo, cancro mole e HPV.

HIV/Aids

Homens gays e que fazem sexo com outros homens constituem, juntamente com outros grupos (pessoas trans, que usam álcool e outras drogas, privadas de liberdade e trabalhadoras do sexo), as **populações-chave** para as ações de prevenção ao HIV/Aids. Isso se dá porque tais grupos, devido às vulnerabilidades que podem vivenciar, estão mais suscetíveis à infecção. Já as **populações prioritárias** são os segmentos populacionais que possuem caráter transversal e suas vulnerabilidades estão relacionadas às dinâmicas sociais e suas especificidades, são elas: a população de adolescentes e jovens, população negra, indígena e em situação de rua.

A **prevenção combinada** é uma estratégia composta por um conjunto de intervenções, e faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção.

As **intervenções biomédicas** são recursos voltados à redução do risco de exposição ou de transmissibilidade, mediante o uso de preservativos associados a lubrificantes, antirretrovirais (incluindo as profilaxias pré e pós exposição ao vírus), prevenção e tratamento das IST, imunização para hepatite e HPV e prevenção da transmissão vertical.

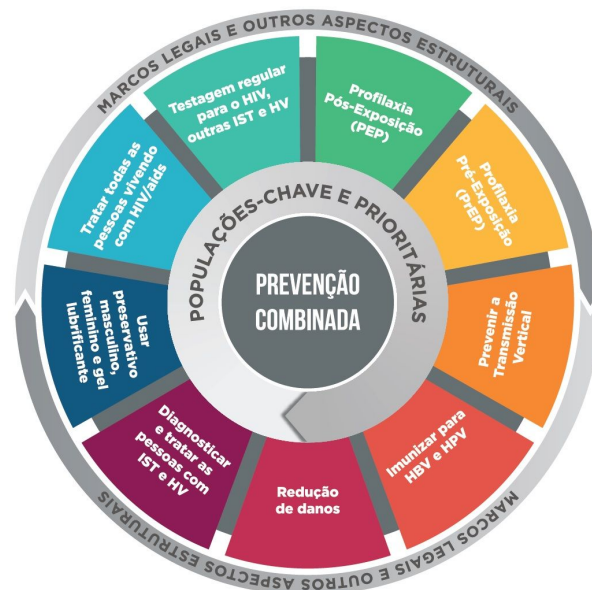
As **intervenções comportamentais** incidem sobre os hábitos individuais e/ou comunitários, e se dão através do estí-



mulo às mudanças de práticas através de informação e conhecimento para a percepção ou autoavaliação do risco à exposição ao HIV, e incluem a adesão ao uso dos preservativos e outras intervenções biomédicas; práticas de redução de danos associados ao uso de drogas e fármacos; vinculação ao serviço de saúde; aconselhamento em questões relativas ao HIV e IST, de maneira a promover a autonomia e responsabilidade nos processos de tomada de decisão; incentivo à testagem; estratégias de comunicação e campanhas. Já as **intervenções estruturais** estão vinculadas às ações e políticas que visem a garantia de direitos fundamentais, justiça social e enfrentamento às situações de violência a que estão expostas as populações-chave e prioritárias.

A **profilaxia pós-exposição** (PEP) consiste em medicamentos antirretrovirais que reduzem o risco de infecção pelo vírus HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis e deve ser ministrada em até 72 horas após a situação que apresentou risco de contágio. Tais medicamentos fazem parte tanto do protocolo de **prevenção dos agravos resultantes de violência sexual** quanto da **prevenção combinada**, logo, é recomendada para situações de violência sexual ou realização de sexo desprotegido. É recomendada, inclusive, nos casos hipotéticos para estas situações, em que a pessoa não consegue assegurar que **não houveram** relações sexuais sem consentimento ou sem uso de preservativo. Para saber onde encontrar a PEP, busque [aqui](#).

A **profilaxia pré-exposição** (PrEP), incorporada recentemente pelo Sistema Único de Saúde, é um método de prevenção à infecção do vírus HIV recomendada para algumas pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o vírus a partir de suas práticas sexuais, como nos casos de relação entre pessoas sorodiferentes (em que uma das pessoas seja soropositiva), trabalhadores e trabalhadoras do sexo e, também, homens gays e que fazem sexo com outros homens cujo comportamento sexual possa apresentar risco de infecção. Seu uso requer planejamento prévio e, para saber onde a PrEP já está disponível, procure [aqui](#).



Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids

Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids. O documento foi aprovado no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids ENONG), em Porto Alegre (RS):

I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.

II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.

III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.

IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.

V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.

VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a

recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.

VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.

VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.


X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.





XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

Além da declaração, a **Lei nº 12.984**, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), ressalta o ilícito em recusar ou retardar atendimento de saúde para estas pessoas.

LEIA MAIS

-  **Prevenção Combinada do HIV**
Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde
Ministério da Saúde, 2017

-  **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**
Ministério da Saúde, 2018

-  **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**
Ministério da Saúde, 2018

Homens que fazem Sexo com Homens (HSH):

Uma categoria, muitos significados.

Adriano Henrique Caetano Costa

O impacto social da epidemia HIV/Aids mudou dramaticamente as normas da discussão pública sobre a sexualidade ao deixar, como legado, uma ampliação sem precedentes da visibilidade e do reconhecimento da presença socialmente disseminada dos desejos e das práticas homossexuais ao mesmo tempo em que confeccionou a construção de categorias que não se encaixam em tais demandas. Se o HIV/Aids propiciou uma expansão do poder médico e do projeto global de “medicalização da vida” apoiado pela mídia, ele deflagrou também uma epidemia de informações em torno de questões como sexo anal, sexo oral, doenças venéreas e uso de camisinha. Assim, práticas ligadas ao exercício e à expressão da sexualidade deixaram a clandestinidade para adentrar o debate público. Mesmo que parcelas consideráveis do contingente homo-direcionado tenham se mantido na clandestinidade. (...) Desse modo, é possível um homem fazer sexo com outro homem e não ser, ou não se identificar, enquanto homossexual. Ao contrário dos grupos gays norte-americanos, onde a identidade é fator de aceitação política, no Brasil isso não é rígido, existe uma flexibilidade para a discussão das identidades, pode parecer um lugar comum, mas é de destacar a ambivalência, as ambigüidades da cultura sexual brasileira .

Texto completo [aqui](#)



Determinantes Sociais

e impacto na saúde de homens gays e bissexuais

Saúde Mental

Uso abusivo de álcool e outras drogas

Causas externas e homofobia



Saúde

Estudos internacionais na área da saúde demonstraram que a vulnerabilidade de jovens gays também está associada a doenças mentais. Em um dos estudos observou-se que os problemas de identidade de gênero e orientação sexual podem ser fatores de risco para conduta suicida, tendo em vista que grupos marginalizados estão mais suscetíveis à depressão. Outros achados indicam que homossexuais têm de duas a seis vezes mais probabilidade de cometerem suicídio em relação a heterossexuais.

Diante deste quadro, é necessário que profissionais da saúde atentem a um conjunto de problemas de saúde mental que são vivenciados por esses homens, cabendo citar: uso abusivo de álcool e outras drogas, baixa autoestima relacionada à imagem corporal, transtornos alimentares e depressão. Estes agravos tendem a estar ligados a conflitos internos, que se estabelecem com as censuras das estruturas sociais e são evidenciados por meio de emoções como: vergonha, humilhação, timidez, ansiedade e culpa.

A estigmatização da homossexualidade pode fazer com que poucos busquem os serviços de saúde. Alguns por medo de discriminação, outros por medo de saber que possuem doenças que reforçam estes estigmas, dificultando os cuidados de saúde de um modo geral.

Mental

Problemas Associados ao Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas

Homens gays e bissexuais podem utilizar uma variedade de drogas e outras substâncias no decorrer de suas vidas e, como qualquer outra pessoa, podem apresentar sintomas ou complicações decorrentes do uso abusivo que necessitarão de cuidados em saúde.

Entretanto, em determinados contextos, o uso de substâncias pode ser uma resposta a fatores de estresse social, como a vivência de estigmas, e fatores psicológicos como a angústia, depressão, ansiedade e outros sintomas de sofrimento psíquico.

Neste sentido, esse aspecto deve fazer parte da avaliação inicial e do acompanhamento destes usuários nos serviços de saúde, sendo necessária uma postura acolhedora e sem críticas. E quando for detectado algum problema com uma substância específica e/ou sinais de dependência, recomenda-se orientar sobre efeitos e riscos do uso, ao mesmo tempo que se discute com o usuário um plano de cuidados.

As equipes de saúde devem garantir aos homens gays e bissexuais usuários de álcool e outras drogas atendimento adequado, que preserve o princípio da confidencialidade e com a oferta de terapias substitutivas ou de redução de danos.

Causas externas e homofobia

Segundo a Organização Mundial de Saúde, denomina-se *Causas Externas* uma série polimorfa de agravos, dos quais os mais importantes são os acidentes (notadamente os acidentes de transporte), as lesões autoprovocadas e as agressões.

Não há dúvidas de que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população. Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 15 aos 59 anos de forma isolada. Além do sofrimento físico, psíquico e social determinado pelos acidentes e as violências, há de se considerar o enorme impacto econômico, mensurado pelos gastos hospitalares, incluindo os dias de permanência em unidades de terapia intensiva.

O fenômeno da violência não é inerente ao homem, mas construído socialmente e percebido, de modo natural, como elemento constituinte da identidade masculina. Alguns estudos destacam a estreita relação entre masculinidade e competição, e como esta resulta em um terreno fértil para situações de violência.

O cotidiano de meninos, adolescentes ou homens jovens é marcado por desafios e provas que frequentemente exigem demonstrações de virilidade e agressividade.

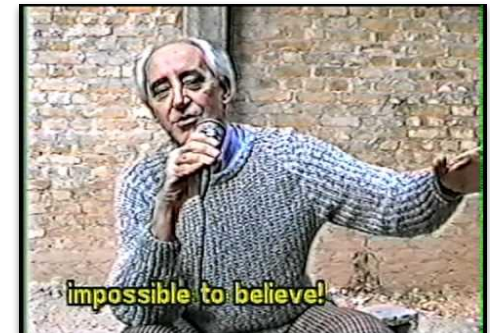
Devido ao estigma, ao preconceito e até mesmo à legislação vigente, homens gays e bissexuais estão mais suscetíveis a sofrerem violência, se comparados à população em geral. Segundo o Grupo Gay da Bahia (GGB) foram notificados 343 casos de homicídios por conta da orientação sexual e/ou identidade de gênero no ano de 2016. Destes homicídios, 50% (173 casos) correspondiam a homens gays. Frequentemente, esta situação é mais predominante em contextos onde estão combinadas múltiplas formas de exclusão social, tais como a homofobia, a discriminação por raça ou etnia, diferenças de classe social, nível de educação formal, pobreza e falta ou local de moradia.

É possível que um histórico de violência física ou sexual se estabeleça com/em múltiplos contextos e atores, sobretudo quando há uma perspectiva exagerada sobre a necessidade de discrição quanto à orientação sexual.

Temporada de Caça

Direção:
Rita Moreira

Documentário dos anos 80
que mostra a homofobia
na sociedade após
assassinatos de
homossexuais e ação
violenta do Estado





O receio de repercussões legais, familiares e sociais podem deixar homens gays e bissexuais vulneráveis à coação e exploração, ainda mais quando associado a fatores como pobreza, racismo e falta de moradia.

É importante considerar que diferentes problemas de saúde que acometem estes homens podem estar diretamente vinculados ao impacto psicológico resultante de processos de exclusão social e familiar, de discriminação e das violências física e psicológica por parte de familiares, amigos/as e colegas de trabalho.

Outra consequência da exclusão e da violência é a prática afetiva e sexual entre homens exercida de forma velada, em ambientes clandestinos e com parceiros anônimos. Aqueles que procuram validação da relação ou intimidade com outros homens, podem estar mais suscetíveis a situações que os coloquem em risco de exposição ao HIV ou para outros agravos em sua saúde sexual.

Como agravante deste cenário, e caracterizando-se como uma forma de obter maior aceitação social, as relações heterossexuais são práticas muitas vezes usadas para mascarar ou disfarçar a orientação sexual gay/homossexual.

Além disso, ambientes hostis e a clandestinidade que muitos homens gays e bissexuais vivenciam têm efeitos negativos na autoestima e, por consequência, no autocuidado com a saúde,

de, no acesso aos serviços e mesmo na educação em saúde.

É importante que as equipes de saúde tenham sensibilidade para reconhecer que a origem da violência pode estar no entorno familiar, na relação com parceiros sexuais, na escola ou no ambiente de trabalho.

E, como consequência de limitações ou lacunas na legislação em relação aos crimes de ódio, o atendimento no serviço de saúde, muitas vezes, é o único espaço onde o indivíduo pode discutir os episódios violentos sofridos, bem como identificar formas de apoio ou de maior segurança para si próprio.

VEJA TAMBÉM

Homens sofrem mais agressões à medida que se declaram homossexuais

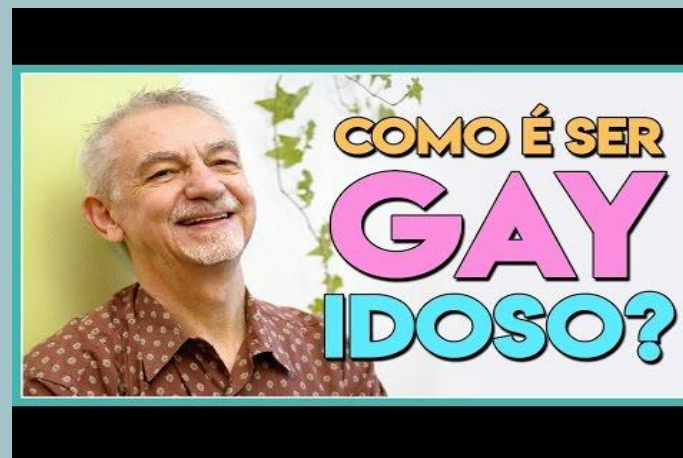
Uma pesquisa realizada na USP mostrou que o preconceito e a violência sofridos aumentam entre os homens que decidiram se revelar

Quase metade dos homens homossexuais afirmam ter sido vítimas de violência doméstica

Uma porcentagem impressionante de homens em relacionamentos do mesmo sexo foi abusada por um parceiro, de acordo com um novo estudo sobre abuso doméstico gay

Abuso sexual contra homens aumenta 200% na última década

Mais alguns vídeos sobre homossexualidade e envelhecimento, e que ajudarão a fixar os conteúdos abordados até aqui:





O impacto da homofobia no acesso à saúde no Brasil?

por Rico Vasconcelos, em 05/10/2018

Essa semana aconteceu, em São Paulo, o seminário "Zero Discriminação nos Serviços de Saúde", organizado pelo escritório brasileiro do Unaid e pelo Ministério da Saúde. Durante dois dias, no Museu de Arte Contemporânea (MAC-USP), representantes de todo o Brasil debateram o impacto de diferentes tipos de discriminação no atendimento prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Coube a mim discutir o impacto da homofobia no acesso à saúde brasileira. Com o intuito de ampliar esse debate, resumo aqui o que disse em minha apresentação.

Por definição, homofobia é o medo irracional, a aversão ou a discriminação, motivados pela orientação sexual homossexual de um indivíduo. Ela pode existir numa sociedade de várias formas, mas, com frequência, se apresenta como violência, seja ela verbal, seja psicológica, seja sexual, seja física.

Sendo um sentimento irracional, a homofobia não é justificável com argumentos. Atinge suas vítimas pelo simples fato de elas existirem daquela maneira, homossexuais.

Mesmo sendo um fenômeno social, do campo das interações humanas, a homofobia provoca problemas na saúde individual das pessoas. Já existem inúmeros trabalhos que associam a ocorrência de homofobia à maior incidência em suas vítimas de transtornos psiquiátricos, abuso de álcool e outras drogas, suicídio e aumento da vulnerabilidade ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Um exemplo claro disso é a maneira como a epidemia de HIV se dissemina no Brasil. Enquanto a prevalência dessa infecção na população geral é baixa e não passa dos 0,4%, entre os gays ela saltou de 13% para 18% em menos de 10 anos, já chegando, na cidade de São Paulo, ao nível alarmante de 25%.

Um dos fatores determinantes para que isso acontecesse é o menor acesso aos serviços de saúde pela população homossexual, o que, por sua vez, tem como principal causa a homofobia e discriminação sofrida nesses ambientes.

Em um serviço de saúde que considera a heterossexualidade

como orientação sexual única, normal ou natural, qualquer diversidade será discriminada. Isso faz com que as pessoas escondam sua homossexualidade ou, o que é ainda pior, parem de frequentar o serviço de saúde.

O despreparo dos profissionais para lidar com as demandas de saúde específicas da população homossexual é mais um fator que a vulnerabiliza, privando-a do atendimento médico ideal.

Esses fatores, juntos, provocam uma falsa invisibilidade de gays e lésbicas ao sistema de saúde brasileiro. Falsa porque esses indivíduos não comparecem apenas aos atendimentos de saúde em que deveriam estar. Aparecendo, porém, somente mais tarde, na forma de números que evidenciam o fracasso na atenção prestada à saúde, como nos casos de câncer de colo de útero, em mulheres lésbicas, ou de aids diagnosticados já em estágio avançado, entre homens gays.

O atendimento da população homossexual com discriminação nesses serviços, assim como da bissexual e transexual, priva essas pessoas da atenção integral à saúde e aumenta com isso sua mortalidade. É uma violação dos direitos humanos garantidos pela constituição brasileira e pelos princípios do SUS. E traz aumento de gastos para os cofres do país.

A conclusão do seminário foi que lutar contra a discriminação contra LGBT, assim como contra negros, pessoas que vivem

com HIV, trabalhadores do sexo, dependentes químicos, privados de liberdade e pessoas vivendo em situação de rua, faz com que o país se torne um país melhor. E não só para as vítimas da discriminação, mas para toda a população brasileira.

Dessa maneira, aceitar ou promover qualquer tipo de discriminação é uma burrice que impede o progresso e gasta desnecessariamente os recursos de um país.

Pense nisso nas próximas eleições.

Texto publicado originalmente [aqui](#)

Campanha Zero Discriminação, UNAIDS



Você negaria a jovens uma educação sexual integral?

Todos os adolescentes e jovens devem ter acesso à educação sexual integral adequada para a sua faixa etária.

UNAIDS

#ZERO DISCRIMINAÇÃO

DEMOCRACIA É SAÚDE.
SAÚDE É DEMOCRACIA.

Defenda o SUS.





Promotores e Promotoras da **Saúde LGBT** para Profissionais no **SUS**

2ª Edição

Ficha Catalográfica

versão preliminar

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde/Fundo Nacional da Saúde/GESCON nº 92969.8560001/17-010

Coordenação Geral do Projeto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Financiamento e Apoio Institucional

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS
Coordenação-Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde
e às Políticas de Equidade do SUS - CGASOC

Apoio Técnico e Institucional

Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual de Saúde
Departamento de Ações em Saúde - DAS
Coordenação Estadual da Saúde da População LGBT

Instituições Parceiras

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Pesquisadores Coordenadores do Projeto

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, UFRGS
Prof. Dr. Maurício Polidoro, IFRS

Pesquisadores Apoiadores do Projeto

Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli, UFPR
Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires, UFSC

Apoio Técnico Institucional

Iuday Gonçalves Motta, SES-RS

Organização deste documento

Lara Yelena Werner Yamaguchi, UFRGS
Anna Caroline Solka, UFCSPA

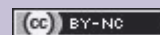
Apoio Técnico Acadêmico

Bruna Vargas, UFRGS
Jeferson Pinheiro, UFRGS
Martha Reus, UFRGS

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser acessada, na íntegra, no Repositório Lume <<https://www.lume.ufrgs.br>>.





Apresentação

A capacitação de Promotores e Promotoras da Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) é parte integrante do projeto *A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde*, oriundo da parceria interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Instituto Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, com o apoio do Ministério da Saúde, que tem como objetivo fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em todo estado.

É importante ressaltar que esta política integra um importante componente dos tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário, através dos quais se comprometeu, perante a comunidade internacional, em assegurar os

direitos fundamentais da população LGBT, com especial ênfase no direito à vida.

Esse curso toma como pontos de partida a concepção ampliada da saúde e uma perspectiva interseccional com os marcadores de sexo atribuído ao nascimento, de identidade de gênero, da orientação sexual e do quesito raça/cor. Assim, articula o conjunto de políticas formuladas para promoção da equidade e que atuam no desafio da garantia dos direitos humanos e da implementação da atenção à saúde integral.

Esperamos que esta seja mais uma oportunidade de estudos cujos conhecimentos possam apoiar práticas cotidianas na redução das desigualdades, no aprimoramento da atenção à saúde junto ao Sistema Único de Saúde e no fortalecimento dos direitos da população LGBT e da democracia.

Desejamos a todas, todos e *todes* um ótimo curso!

Curso de Formação de Promotores e Promotoras da Saúde LGBT para Profissionais no SUS

MÓDULO 1

Encontro Presencial | Apresentação e abertura do curso

EAD | Conceitos Básicos sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero

EAD | Atividade Final

MÓDULO 2

➤ **EAD** | Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais

EAD | Atividade

EAD | Saúde dos Homens Gays e Bissexuais

EAD | Atividade

EAD | Saúde dos Homens Transexuais, Mulheres Transexuais e Travestis

EAD | Atividade

Encontro Presencial | Especificidades em Saúde da População LGBT e os Sistemas de Informação em Saúde

MÓDULO 3

EAD | O direito à saúde da população LGBT

EAD | Boas práticas e experiências no cuidado à saúde da população LGBT

EAD | Construção de proposta de intervenção

Encontro Presencial | Apresentação das propostas de intervenção e encerramento do curso



Índice

Introdução	08	Violência	
Existência lésbica e invisibilidade	09	Violência intrafamiliar	28
Luta por direitos: ativismos e paradoxos	10	Violência sexual	28
		Violência conjugal	29
Saúde das mulheres lésbicas		Lesbocídio	29
Barreiras de acesso	14		
Especificidades	15	Referências	31
Câncer	15		
Saúde Sexual e Reprodutiva			
Práticas Sexuais	19		
Infecções Sexualmente Transmissíveis	21		
Maternidade lésbica	26		
Gravidez Indesejada	26		



CURSO EAD



2 MÓDULO

Saúde das Mulheres

Lésbicas e Bissexuais



Introdução

A saúde das mulheres lésbicas, após anos de completa invisibilidade desde a criação do Sistema Único de Saúde, é citada pela primeira vez em documentos oficiais em 2004, na **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** (PNAISM). Esta traz os apontamentos do V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas (atual SENALESBI), realizado em 2003, alertando para as políticas públicas a incorporação do entendimento de que mulheres lésbicas também são mulheres.

A PNAISM veio em substituição e caráter evolutivo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementado em 1984 e um marco histórico na política pública de saúde, sendo a primeira proposta a incorporar os princípios da integralidade e equidade, assim como trouxe para o bojo da sua formulação a discussão dos determinantes sociais em saúde. A criação do SUS e o aprimoramento das ações de descentralização e municipalização contribuíram para a perspectiva do PAISM, que sempre enfrentou desafios.

É preciso, contudo, ressaltar as críticas: 30 anos depois, análises dentro da perspectiva feminista alertam que o PAISM nunca foi implementado de fato, uma vez que permanecem as

iniquidades em saúde, e a PNAISM não conseguiu ultrapassar o viés materno-infantil que caracterizou a abordagem em saúde das mulheres - o próprio termo, no singular, evidencia a visão obtusa do *ser mulher* como uma experiência única, e não diversa e plural, como é de fato.

A **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** (LGBT), instituída em 2011, apresentou-se de maneira mais representativa para esse segmento, uma vez que incorporou em seu processo de formulação a participação e o controle social, recuperando a dívida histórica para com as mulheres lésbicas, excluídas durante os anos 80 das políticas de saúde para a população LGBT por não serem consideradas como “grupo de risco” nas ações de enfrentamento ao vírus HIV e AIDS, conceito esse que, felizmente, caiu em desuso.

Ainda hoje, a invisibilidade desse grupo junto aos serviços e à formação de profissionais da saúde permanece como desafio, pois demanda um olhar sensível sobre a sexualidade que desconstrua a percepção para além das questões centradas na *heteronormatividade*. É o que se pretende nesta etapa.

Existência lésbica e (in)visibilidade

A existência e vivências afetivo-sexuais de mulheres que se relacionam com mulheres faz parte da história da humanidade em todos os tempos. Sua perseguição, estigmatização, punição e apagamento, contudo, refletem a imposição de normas oriundas do poder hegemônico *heteropatriarcal*, que estabelece a heterossexualidade como um padrão compulsório dentro de regras sociais que privilegiam os homens em detrimento das mulheres. A imposição de tais normas deu-se mediante uso da força, violência e patologização das práticas e comportamentos considerados desviantes aos padrões estabelecidos. Por confrontá-los de maneira tão direta, a vivência lésbica foi - e continua sendo, em muitos contextos sociais - bastante rechaçada e vista como algo abjeto (NAVARRO-SWAIN, 2000).

O termo lésbica, do latim *lesbius*, é uma referência à ilha de Lesbos, na Grécia, local onde viveu a poetisa Safo entre os séculos VI e VII a.C., e que foi um importante centro cultural da época. Registros históricos atribuem a Safo a criação de uma escola para mulheres, mas muito pouco de sua obra resistiu ao tempo, tendo sido destruída, inclusive, por conta de seu conteúdo erótico que tematizava sobre o amor entre mulheres. A palavra *lésbica*, atualmente, denota a homossexualidade feminina, mas não é a única: a palavra *zami*, de origem crioula e que se tornou mais conhecida através da

poetisa negra Audre Lorde, é empregada para designar as relações de convivência afetiva e amorosa entre mulheres nas comunidades caribenhas.

A relação entre a homo e a bissexualidade feminina e a temática saúde está perpassada por uma série de fatores que envolvem: a invisibilidade do homoerotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; e o grau de preconceito que temos, ainda hoje, em relação à homossexualidade. A emergência do movimento de mulheres lésbicas em relação às questões de saúde, no entanto, não se deu no interior das teorias feministas ou estudos sobre a homossexualidade, mas no engajamento de atrizes sociais frente às questões dos direitos sexuais, em que a vivência da homossexualidade se coloca um direito legítimo de escolha, uma vez inserida a saúde sexual no escopo dos direitos humanos (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

ASSISTA

Eu resisto:
um documentário
sobre vivências de
mulheres lésbicas

Direção e produção:
Clarissa Fortes



Luta por direitos: ativismos e paradoxos

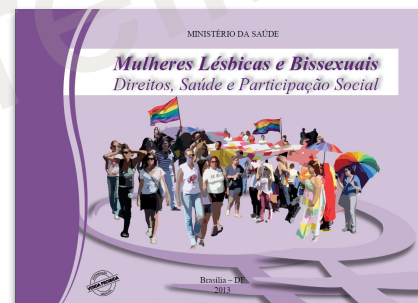
O movimento de mulheres lésbicas, em sua intersecção com o movimento feminista e o movimento LGBT, constituiu-se como um agente político importante na formulação e participação em políticas públicas nos últimos anos. Dos eventos e espaços caracterizados como controle e participação social, destacamos: o **Conselho Nacional dos Direitos da Mulher** (1985), que passou a ter caráter consultivo e deliberativo quando da criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM), em 2003 e, juntos, organizaram a **I e II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres** (CNPM), em 2004 e 2007; o **Conselho Nacional LGBT**, criado em 2001 e reestruturado em 2010; a **I Conferência Nacional LGBT**, realizada em 2008 pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, também vinculada à Presidência da República; a **II Conferência Nacional LGBT** e a **III Conferência Nacional de Políticas para Mulheres**, realizadas em 2011; a **III Conferência Nacional LGBT** e a **IV Conferência Nacional de Políticas para Mulheres**, realizadas em 2016 e a **II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres**, realizada em 2017.

Em todos esses espaços, a temática da saúde e especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais foram levantadas, mas como explicar e compreender as dificuldades em implantar mudanças no setor saúde, a fim de superar a invisibilidade estrutural sobre essa questão?

Algumas publicações da Saúde nos últimos anos, sobre a temática:

Chegou a hora de cuidar da saúde: um livro especial para lésbicas e mulheres bissexuais

Brasília, 2006

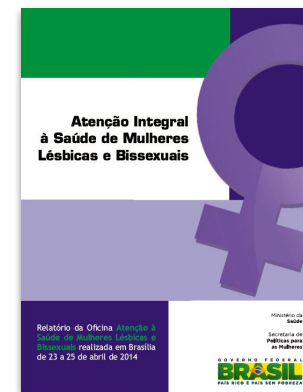


Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social

Brasília, 2013

Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014



Lésbicas reivindicam atendimento humanizado e livre de discriminação

Blog da Saúde, 29/08/2017 - por Erika Braz

Na hora de ser acolhida para consultas ou exames, a orientação sexual não pode comprometer o atendimento humanizado, qualificado e integral preconizado pelo SUS. As mulheres, sejam hétero, homossexual ou bissexual, precisam e devem ser bem acolhidas pelos serviços de saúde. Independentemente de ter relações sexuais com homens, com pessoas do mesmo sexo ou com ambos, toda mulher deve ser atendida em suas necessidades, livre de preconceito e discriminação.

O atendimento humanizado, que leve em consideração esta especificidade, sem manifestações de lesbofobia e bifobia, é o cenário ideal para estas mulheres. E esse é o esforço da professora Andrea Rufino. Ginecologista, psicoterapeuta e professora da Universidade Estadual do Piauí, ela pesquisa o atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais e já ouviu experiências de todos os cantos do país.

Em entrevista ao Blog da Saúde, a ginecologista explica o quanto é importante os profissionais, tanto do SUS quanto da rede privada, considerarem que as mulheres não necessariamente fazem sexo apenas com homens.

Blog da Saúde - Que tipo de queixas as lésbicas relatam sobre o acolhimento nos serviços de saúde?

Andrea Rufino - Eu ouvi muitas mulheres em todo o Brasil e a queixa mais importante é que o acolhimento é distante, frio. No encontro com o profissional de saúde, não há espaço para que ela fale espontaneamente da orientação sexual dela ou da prática sexual com mulher. Em geral, ela fica tensa para divulgar a orientação sexual.

A segunda queixa é que, no meio desse acolhimento, a maioria dos profissionais não pergunta sobre práticas sexuais. Além do clima não ser favorável para que ela diga, ela também não é perguntada. E aí, nesse sentido, essa consulta começa com hesitação, com dificuldade, com pensamento se ela fala ou se ela não fala.

Há também relatos de um receio do exame ginecológico, do exame dos genitais. Há receio do uso do espécuro vaginal, algumas mulheres reclamam que os aparelhos são inadequados ou então o profissional anuncia que ela não precisa do exame de colpocitologia oncótica. Então, ela fica se



sentindo desassistida.

Blog da Saúde - Qual é a melhor forma de atender essas usuárias e fazer com que elas se sintam acolhidas nas consultas e exames?

Andrea Rufino: Apenas por ter uma prática sexual não hétero, a mulher não se torna diferente no quesito de pessoa humana que precisa ser acolhida. O que é importante é que o profissional lembre que nem toda mulher que ele atende é heterossexual. A dificuldade inicial começa quando a gente olha para uma formação dos profissionais da área da saúde de uma maneira geral muito heteronormativa assumindo que todas as mulheres são heterossexuais.

Todo o ensino profissional é baseado na ideia de que as mulheres têm prática sexual só com homem. É um roteiro de perguntas voltadas para a mulher heterossexual. A mulher que faz sexo com mulher se sente surpreendida e muitas vezes não sabe bem aonde colocar a informação. Você precisar dar sinais para que aquela mulher possa se sentir mais à vontade para assumir uma identidade sexual. Você faz toda uma aproximação mais capaz de assistir aquela mulher nas necessidades e nas especificidades que ela necessita.

Blog da Saúde - Por que é importante que uma mulher que não tem relações sexuais com homens faça todos os exames como qualquer outra?

Andrea Rufino: As mulheres de maneira geral podem ter alguns tipos de câncer que podem acometer qualquer uma. Mulheres que não engravidaram e que passam muito tempo menstruando estão suscetíveis a isso e, neste contexto, há lésbicas vulneráveis. E outras questões relacionadas aos hábitos de vida, que são comuns entre as lésbicas e bissexuais, como o tabagismo e o sedentarismo, que influenciam o risco de cânceres.

A prática sexual pode nos fazer ter contato com agentes e não é preciso ser penetrada para adquirir, por exemplo, herpes, sífilis, hepatite B e HPV. Doenças cuja a transmissão ocorre pelo contato e não pela penetração. Existe comprovação de que, mesmo sexo exclusivo entre mulheres, pode transmitir o HIV. O risco é pequeno, mas existe. Então, sexo entre mulheres também favorece infecções genitais não consideradas DSTs. Isso nos faz observar que as lésbicas precisam ser examinadas de maneira adequada, para que elas possam receber uma atenção de qualidade como todas nós merecemos.

Blog da Saúde - De que forma as lésbicas e bissexuais podem fazer com que seus direitos por serviços de saúde humanizados sejam cumpridos?

Andrea Rufino: É muito importante que as mulheres lésbicas e bissexuais consigam expor e divulgar a sua prática, a sua identidade sexual ou sua orientação sexual para o profissional

de saúde, principalmente, em situações em que ela acredita que precisa dar essa informação para ser mais bem assistida. Informar o profissional vai ajudá-lo a fazer as escolhas necessárias.

A mulher deve estar empoderada para, mesmo diante de um ambiente desfavorável, fazer valer os seus direitos. Quanto mais bem informadas a respeito dos seus direitos, da sua saúde, se ela encontra um profissional que não atende às necessidades, deve fazer essa reclamação, esse registro, procurar o posto de saúde.

Informação e ação

Para a Andrea Rufino, com o passar dos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede privada têm evoluído. Contudo, para conquistar um atendimento ainda mais humanizado, as lésbicas e bissexuais precisam se munir de informação para cobrar os profissionais durante consultas e exames e não deixar de apresentar queixas quando notarem discriminação e desrespeito.

Os registros podem ser feitos nas ouvidorias das unidades de saúde, seja na rede pública ou particular, e nos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem. As denúncias podem ser anônimas.

A fisioterapeuta Karen Borges espera ter um dia um atendimento humanizado, que leve em consideração as particularidades de sua orientação sexual. “Eu acho que o ideal seria um atendimento digamos aberto, que permitisse a possibilidade para as mulheres se expressarem. Outro fator seria os profissionais de saúde saberem orientar sobre prevenção, que vai além das práticas heterossexuais. Isso seria importante também para a saúde psicológica das mulheres dentro do atendimento”.

VERSÃO ORIGINAL PUBLICADA EM



<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/52870-lesbicas-sao-mulheres-e-devem-ser-atendidas-como-tal>



Barreiras de acesso

Em relação à saúde das mulheres lésbicas e as dinâmicas que envolvem seu cuidado, observam-se dimensões distintas que convergem e se transformam em barreiras de acesso:

- 1) experiências de discriminação no atendimento:** estudos apontam que os serviços de saúde acabam sendo um dos principais locais em que vivenciam-se situações de discriminação contra pessoas LGBT (BARBOSA; FACHINE, 2009);
- 2) dificuldades na abordagem da orientação sexual:** é comum uma abordagem heteronormativa no cuidado em saúde, o que dificulta o acesso aos cuidados necessários para cada pessoa, podendo ainda serem hostilizadas ou receberem um tratamento inadequado frente a sua orientação sexual (BARBOSA; FACHINE, 2009);
- 3) desconforto com a utilização de determinados instrumentos durante a consulta:** nem todas as mulheres sentem-se confortáveis com a utilização de instrumentos de coleta que sejam invasivos ou de utilização interna. É interessante pensar ainda que o uso destes instrumentos supõe uma naturalização da inserção de objetos na região vaginal das mulheres.
- 4) falta de informação,** tanto de profissionais quanto das

próprias mulheres, sobre a necessidade de realização de exames e métodos de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Se a orientação ou comportamento sexual de uma pessoa for desconhecido, ou presumido pelo(a) profissional de saúde que a atende, é muito provável que esta não receba o melhor atendimento possível, pois são as práticas sexuais que podem colocá-la em risco e não a sua orientação sexual.

Muitas mulheres acabam por não se identificar como lésbicas ou bissexuais por receio de rejeição familiar, constrangimento social ou mesmo porque os relacionamentos com outras mulheres são eventuais, o que faz com que se percebam como heterossexuais e não como lésbicas.

A única forma de saber se alguém é lésbica ou bissexual é perguntado a ela, pois a **orientação sexual é auto-declarada**. Possibilite que as mulheres possam falar abertamente sobre a sua sexualidade, sem receio de quaisquer constrangimentos, demonstrando abertura para o tema e compreensão de suas implicações e práticas.

Antes de perguntar sobre contracepção, pergunte se ela tem vida sexual ativa; qual é a sua situação conjugal; se ela se relaciona com homens, com mulheres ou com ambos. Reforce a importância dessa informação para se prestar um atendimento mais adequado às suas necessidades.

Preconceitos baseados em estereótipos e expressões de gênero mais *masculinas* ou *femininas* também são fatores prejudiciais no atendimento à saúde das mulheres.



Qual é a diferença?
Atendimento
ginecológico a
mulheres
homossexuais
UNFPA Uruguai

Especificidades

Dada a invisibilidade, dificuldade de acesso e atendimento inadequado em relação às mulheres lésbicas e bissexuais, e pela inexistência de estudos populacionais de maior magnitude, as especificidades na saúde deste grupo devem levar em conta os **fatores de risco individuais**, tanto para as questões fisiológicas de saúde quanto aquelas relativas à convivência social e familiar.

Alguns estudos demonstram que as mulheres lésbicas possuem uma maior tendência ao tabagismo e ao consumo de álcool e outras drogas (devido a fatores associados ao so-

frimento mental, em virtude do alto grau de preconceito e rejeição), a um maior índice médio de massa corporal, a serem nulíparas, a não utilização de contraceptivos orais, não amamentarem e realizarem menos exames preventivos. Estas características constituem fatores de risco para diabetes, doença cardiovascular e alguns tumores: cólon, pulmão, ovário, endométrio e mama.

Mulheres transexuais também podem ser lésbicas, uma vez que a identidade de gênero é uma dimensão diferente e independe da orientação sexual. As especificidades da saúde de mulheres transexuais será abordada em um módulo exclusivo para este segmento. Um casal lésbico também pode ser composto por uma mulher transgênero e uma mulher cisgênero. Observados os trabalhos existentes, abordaremos estas especificidades separadamente, de acordo com seu impacto na saúde das mulheres lésbicas e bissexuais cisgêneras (mas que podem, também, ser aplicáveis aos homens transgênero).

Câncer

Estudos populacionais sobre o risco para câncer em mulheres lésbicas ainda são escassos. Assim, o rastreamento deverá ser baseado nos fatores de risco individual, utilizando as diretrizes de rastreamento que são utilizadas para a saúde de todas as mulheres.



Câncer de Mama

Embora informações específicas disponíveis sobre câncer de mama em mulheres lésbicas sejam escassas, deve-se considerar os estudos epidemiológicos que sugerem risco aumentado para câncer de mama em mulheres nulíparas e que nunca amamentaram, bem como naquelas que tiveram seu primeiro filho em idade mais tardia.

Tendo em vista que esses fatores são frequentes entre mulheres lésbicas, é necessário um olhar para elas em relação ao rastreamento dessa neoplasia. Além disto, estas mulheres tendem a realizar menos mamografias, autoexame de mamas e consultas ginecológicas do que as heterossexuais, o que reduz a chance de detecção precoce da doença.

Todas as mulheres, **independente de sua orientação sexual ou identidade de gênero**, devem ser rastreadas para câncer de mama segundo as diretrizes existentes e orientadas para a necessidade dos cuidados, para o autoexame e exame periódico como forma de prevenção ao câncer de mama.

Câncer de Ovário

As recomendações para o rastreamento do câncer de ovário são controversas e baseadas em fatores de risco, não em orientação sexual.

A incidência de câncer de ovário tem sido relatada com maior frequência em mulheres que nunca tiveram filhos e naquelas que nunca fizeram uso de anticoncepcionais de via oral. As mulheres lésbicas representam de forma expressiva este segmento, o que aumenta seu risco teórico em comparação com as heterossexuais.

Câncer de Endométrio

Em relação ao câncer de endométrio, até hoje nenhum tipo de rastreamento demonstrou diminuição da mortalidade.

Entre os fatores de risco incluem-se a obesidade, o uso de terapia hormonal e de tamoxifeno. A perda de peso parece ser a medida preventiva mais eficaz, mas o uso de contraceptivos orais pode exercer um papel protetor.

Como grande parte das mulheres lésbicas fez pouco ou nenhum uso de contraceptivos, elas encontram-se suscetíveis ao desenvolvimento deste tipo de neoplasia.

Câncer de Colo do Útero

O risco é maior em mulheres lésbicas que:

- tiveram mais de um parceiro sexual masculino;
- foram infectadas pelo HPV;
- fumam;
- realizaram tratamento para anormalidade em citopatológico de colo no passado.

Há evidências de que mulheres que se relacionam exclusivamente com outras mulheres apresentam taxas de displasia cervical semelhantes às das mulheres heterossexuais. Isto reforça a necessidade de manter-se o rastreamento das lesões precursoras do câncer uterino também para as mulheres lésbicas, observando-se as recomendações das diretrizes existentes, sob pena de postergar o diagnóstico e o tratamento das lesões de alto grau.

O Papanicolau deve ser feito por todas as mulheres que já iniciaram a vida sexual, pois a transmissão do HPV, maior causador de câncer do colo uterino, ocorre também nas relações sexuais entre mulheres, transmitida de mulher para mulher por contato pele-pele e pele-mucosa, mesmo que em índices menores.

O que diferencia na hora do exame das mulheres lésbicas para as heterossexuais é o tamanho do espéculo (instrumento

que possibilita a visualização do colo do útero), sendo que os mais finos são indicados para mulheres que não têm prática sexual com penetração.

Uma tecnologia leve (e que poderia ser ofertada a todas as mulheres) é a oferta do espéculo, para ser introduzido pela própria usuária no momento do exame ginecológico. Esta prática é realizada rotineiramente no Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, em São Paulo.

Logo chegou a hora normalmente mais temida por mim: o exame pélvico. Lembro de sempre me sentir em uma tortura chinesa com aquele espéculo maldito arregaçando minhas entranhas. Mas ali eu estava tranquila e, na verdade, empolgadíssima com o que eu já sabia que iria acontecer. Tirei a calcinha, arreganhei as pernas e ela veio me oferecendo o espéculo para eu mesma colocar. Me orientou como fazer, colocou o espelho e uma luz, e lá fui eu brincar de médica de mim mesma. Fiz, ela abriu, e voilá, minha linda vagina enrugadinha por dentro com um colo do útero espetacularmente aveludado com um pouco de fluido cervical branquinho. Fiquei absolutamente encantada. Foi uma das experiências mais incríveis da minha vida! (...) Eu deveria ser incentivada a me conhecer a fundo assim desde a primeira consulta quando eu era ainda adolescente! Eu deveria ser tratada como uma pessoa capaz de tomar as próprias decisões por qualquer profissional de saúde! Eu deveria ter a oportunidade, não importa onde eu moro, ou minha faixa de renda, ou minha orientação sexual, com respeito e dignidade!

Relato completo [aqui](#)



Saúde Sexual e Reprodutiva

das Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Práticas Sexuais

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Maternidade

Gravidez Indesejada



Profissionais de saúde devem estar atento(a)s para o fato de que a sexualidade não é fixa, mas se expressa de maneiras diferentes ao longo da vida.

É justamente a pretensa segurança associada às relações entre mulheres e a banalização do conhecimento sobre prevenção que faz com que algumas mulheres adquiram infecções sexualmente transmissíveis ou mesmo tenham uma gravidez indesejada numa relação eventual com homens.

Por isso, o atendimento ginecológico deve estar focado na declaração das práticas sexuais mais do que na orientação sexual da paciente, considerando as possibilidades de prevenção para cada uma das práticas sexuais declaradas.

Além disso, o conhecimento em relação ao acesso e ao uso de preservativos masculinos ou femininos relacionados às práticas heterossexuais também deve ser estimulado, como método de dupla proteção.

Conhecer as práticas sexuais, as maneiras mais seguras de praticá-las e as infecções sexualmente transmissíveis são passos importantes para o aconselhamento e atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Não podemos esquecer que o **direito à informação** de maneira clara e correta, fornecida de forma **segura** e com respeito à **privacidade** e **sigilo** são dimensões dos **direitos sexuais**.

Práticas sexuais

CUNNILINGUS: É a estimulação com a boca e língua da área genital feminina (prática orogenital).

MASTURBAÇÃO: Refere-se à estimulação manual com fricções, toques e carícias nos genitais próprio corpo ou de outra pessoa. A autoexploração permite-lhe conhecer a própria anatomia e sensibilidade aos estímulos. Também podem ser usados brinquedos sexuais (dildos, vibradores, bolas chinesas, etc.), usados para dar e/ou aumentar o prazer. Após o uso de brinquedos sexuais deve-se limpá-los com água quente e sabão neutro ou antibacteriano, de acordo com as instruções do fabricante.

ANNILINGUS: Consiste na estimulação do ânus através da língua e boca.

TRIBADISMO: Consiste em esfregar o clitóris com qualquer uma das partes do corpo da parceira sexual. O A posição mais conhecida é a de "tesoura".

PENETRAÇÃO VAGINAL: introdução de dedos, mão, punho, membro ou brinquedos sexuais na vagina.

PENETRAÇÃO ANAL: introdução de dedos, mão, punho, membro ou brinquedos sexuais no ânus.

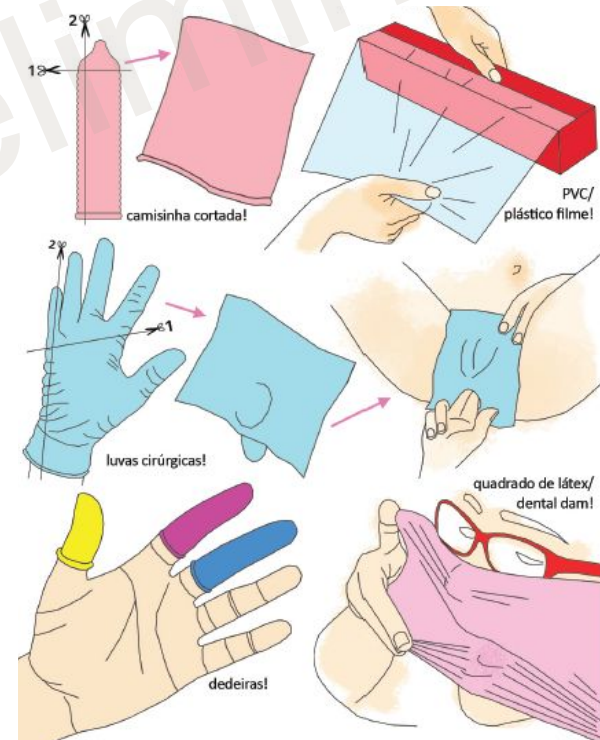
MASSAGEM ERÓTICA: Fricção, toque ou pressão ritmicamente no corpo da outra pessoa, realizada com as mãos, outras partes do corpo ou objetos.

Sexo mais seguro significa aprender e colocar em prática comportamentos que diminuem a possibilidade de contrair ou transmitir uma IST. Deve ser negociado e planejado com a(o) parceira(o): discutir as limitações e expectativas torna mais fácil sua prática. É desejável, antes das relações sexuais, conversar sobre sua própria história, em termos de práticas sexuais e eventuais doenças e infecções.

Para prevenção, alguns cuidados são indicados:

- utilizar luvas de látex, dedeiras ou camisinha na hora da penetração;
- uso de preservativo em acessórios (dildos, vibradores, etc.), trocando por um novo e limpo de acordo com a alternância dos acessórios entre as parceiras;
- o uso de lubrificantes também pode ser útil na prática vaginal e anal, pois com o aumento da lubrificação diminui a possibilidade de lesões, reduzindo as chances de transmissão de doenças;
- em relação ao sexo oral, recomenda-se o uso de filme plástico ou camisinhas cortadas para proteger a entrada do canal vaginal e o clitóris, ou ainda camisinhas próprias para língua (disponíveis em *sex shop*);

- as chances de transmissão são maiores em práticas sem proteção no período de menstruação;
- além disso, deve-se manter os cuidados básicos de higiene, como manter as unhas e mãos sempre limpas e evitar o uso de toalhas e roupas íntimas de outras pessoas.



O comportamento sexual das mulheres tem diferentes níveis de risco de transmissão de IST, dependendo da possibilidade de contato com sangue e fluidos corporais. Geralmente, sangue menstrual, lesões existentes e irritação ou inflamação da mucosa aumentam as chances de infecção, portanto, é apropriado praticar sexo seguro em todas as práticas de risco.

Práticas de risco possível

- Contato das mãos com os genitais sem uma certa proteção, como luvas, dedeiras ou outras barreiras;
- Cunnilingus (contato orogenital) sem proteção.

Práticas de risco provável

- Penetração com as mãos, dedos ou contato dos genitais com cortes ou verrugas existentes;
- Cunnilingus (contato orogenital) sem proteção;
- Fricção (contato vaginal-vagina).

Práticas de alto risco

- Cunnilingus sem proteção durante a menstruação;
- Ejaculação masculina ou feminina na boca, vagina ou ânus;
- Relações oroanais sem proteção;
- Penetração com a mão ou punho sem luva de proteção;
- Troca de objetos eróticos sem usar preservativo;
- Compartilhamento de agulhas ou objetos pontiagudos, por exemplo, nas práticas sadomasoquistas.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

A prevenção de ISTs só é possível se são conhecidas, bem como suas formas de transmissão. O conhecimento das ISTs é fundamental para a prevenção de possíveis lesões, bem como a prática de sexo mais seguro e saudável, juntamente com um conhecimento geral da própria saúde.

O rastreamento para ISTs deve ser realizado em mulheres sintomáticas ou, periodicamente, naquelas que apresentam um risco aumentado: mais de um(a) parceiro(a) ou parceira(o) com outro(a)s parceiro(a)s, doença inflamatória pélvica (DIP) prévia, sexo anal, usuárias de drogas, trabalho de prostituição, compartilhamento de instrumentos penetrantes (dildos, vibradores). Aquelas que apresentarem infecções ginecológicas devem ser orientadas a informar sua(s) parceira(s) e/ou parceiro(s), enfatizando a necessidade de testagem, diagnóstico e tratamento.

Embora a prevalência das ISTs pareça similar entre mulheres lésbicas e heterossexuais, o que varia são as taxas. Entre as lésbicas são mais frequentes a vaginose bacteriana e a candidíase. Há evidências de que o HPV, herpes e vaginose bacteriana também podem ser transmitidos sexualmente entre mulheres.

Entre mulheres lésbicas, clamídia, gonorréia e DIP não são muito comuns, bem como o HIV e as hepatites B e C.

Candidíase

Infecção micótica causada por *Candida albicans*, um fungo normalmente encontrado dentro da vagina. Devido à sensibilidade da área afetada, é preferível o uso de antibióticos ou tratamentos hormonais, de modo a não alterar o equilíbrio da vagina. Quando a infecção está em andamento, o fungo também é transmitido através do contato sexual. Nos relacionamentos sexuais entre mulheres, a *Candida* é transmitida através dos dedos, da boca e pela troca de acessórios eróticos. Fica incubando vários dias e se manifesta com vermelhidão e inchaço da vulva e da vagina, com coceira e prurido, secreções esbranquiçadas e possível dor ao urinar.

Clamídia

É uma infecção bacteriana causada por *Chlamydia Trachomatis*, que fica em incubação por vários dias. É transmitida através de relação sexual vaginal ou anal, e também oral, mas com menor frequência. Em muitas mulheres a infecção é assintomática, quando os sintomas aparecem são observados: ardor no corrimento vaginal ou dor ao urinar, dor abdominal aparentemente inexplicável e a perda de sangue entre a menstruação e outra. Pode causar inflamação, problemas pélvicos e de fertilidade. Com diagnóstico médico oportuno, a clamídia responde bem à terapia antimicrobiana.

Condiloma

Causado pelo vírus do papiloma humano, tem um período de incubação de aproximadamente quatro semanas. É transmiti-

do principalmente através de relação vaginal ou anal sem proteção. Entre as mulheres, a transmissão também é possível através do contato direto com a genitália. É assintomático e manifesta-se às vezes com verrugas de diferentes dimensões, que aparecem na vulva, vagina e o colo do útero. Se as verrugas são formadas na uretra, pode aparecer sangue na urina. Nas mulheres, verrugas vaginais muitas vezes passam despercebidas. A infecção pode levar ao câncer cervical uterino, anal ou vulvar.

Gonorreia

Causada pela bactéria *Neissera gonorrhoeae*, é transmitida através de sexo vaginal ou anal e por contato boca-vagina ou pênis-boca. As bactérias vivem na mucosa do útero, onde podem permanecer sem causar qualquer sintoma. O bebê pode ser infectado pela mãe no momento do nascimento (infecções nos olhos). O período de incubação é geralmente um dia. Nas mulheres, é comum que a infecção não seja reconhecida, porque pode ser assintomático. Se atingir a uretra, na fase inicial, as mulheres sentem apenas uma leve coceira ao urinar. Outros sintomas: corrimento vaginal verde-amarelado, coceira ou ardor na uretra, dor abdominal e menstruação irregular. A gonorreia é facilmente curada com antibióticos, e o tratamento deve ser oportuno. Se não for tratado, pode causar complicações, como inflamação abdominal, infertilidade, inflamação das articulações e problemas cardíacos. Esporadicamente, podem aparecer concomitantemente às clamídias.



Hepatite

São doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas, mas, quando estes aparecem, podem ser cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C. Existem, ainda, os vírus D e E, esse último mais frequente na África e na Ásia. Os vírus da hepatite A e E se transmitem por contato oroanal, má higiene, condições precárias de saneamento básico e água, e através dos alimentos. Já os vírus B, C e D podem ser transmitidos através da prática de sexo desprotegido, transmissão sanguínea por contaminação ou na gravidez, parto e amamentação. No caso das hepatites B e C, é preciso um intervalo de 60 dias para que os anticorpos sejam detectados no exame de sangue. A evolução das hepatites varia conforme o tipo de vírus. Os vírus A e E apresentam apenas formas agudas de hepatite (não possuindo potencial para formas crônicas). Isso quer dizer que, após uma hepatite A ou E, o indivíduo pode se recuperar completamente, eliminando o vírus de seu organismo. Por outro lado, as hepatites causadas pelos vírus B, C e D podem apresentar tanto formas agudas quanto crônicas de infecção - nesse último caso, quando a doença persiste no organismo por mais de seis meses. As hepatites virais são doenças de notificação compulsória, ou seja, cada ocorrência deve ser notificada por um profissional de saúde. Esse registro é importante para mapear os casos de hepatites no país e ajuda a traçar diretrizes para as políticas públicas no setor.

Herpes Genital

É uma infecção causada pelo vírus *Herpes II*, que pode incubar por vários dias e causar bolhas brancas, úlcera vaginal, inflamação, dor e coceira. Está intimamente relacionado ao herpes labial (febre herpes nos lábios), que também pode causar ferimentos na boca. Pode-se contraí-lo através do contato orogenital, entre genitais, genital-anal, através do beijo com contato prévio na vagina. O processo de cicatrização pode levar até duas semanas. Depois da infecção, o vírus permanece no organismo e pode retornar para formar úlceras desencadeadas pelo sol, estresse, menstruação e outros fatores. Há, portanto, a possibilidade de transmitir o vírus por toda a vida. É possível transmitir o vírus, mesmo na ausência de lesões visíveis, mas existem drogas contra o vírus que limitam sua ação e aceleram a cicatrização. Se houver bolhas nos órgãos genitais durante a fase inflamatória é bom evitar relações até cerca de duas semanas após a cicatrização. Em caso de herpes febril no lábios, deve-se abster de beijar e praticar sexo oral, pois é transmissível para os órgãos genitais. Artigos pessoais como luvas, roupas íntimas, toalhas e acessórios eróticos não devem ser usados em comum.

Pediculose

Causado por um inseto (piolho), incubados por vários dias e causa coceira entre os pêlos pubianos (às vezes até nas axilas) e manchas azuladas na área genital. Piolhos e ovos são visíveis com uma lupa e transmissíveis por contato, especialmente sexual, roupas, lençóis e toalhas.

Sarna

Causada por um ácaro, que permanece incubando por vários dias a várias semanas, caracterizada por prurido intenso na área infectada (área genital). Os ácaros não são visíveis a olho nu, escavam a pele causando vermelhidão, com o posterior comichão entre os pêlos pubianos. A transmissão ocorre por contato com a epiderme ou através da roupa de cama.

Sífilis

Causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. A sífilis pode ser transmitida por relação sexual vaginal ou anal, as mulheres também podem se infectar mutuamente pelo contato entre as mucosas. Na Sífilis primária, há uma ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio. Essa lesão é rica em bactérias e normalmente não dói, não coça, não arde e não tem pus, podendo estar acompanhada de ínguas (caroços) na virilha. Na Sífilis secundária, os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial. Pode ocorrer manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Essas lesões são altamente infecciosas, e pode ocorrer febre, mal estar, dor de

cabeça, ínguas pelo corpo. Na Sífilis latente (fase assintomática, não aparecem sinais ou sintomas. É dividida em sífilis latente recente (menos de dois anos de infecção) e sífilis latente tardia (mais de dois anos de infecção). A duração é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária. A Sífilis terciária pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.

Vaginose Bacteriana (Gardnerella)

Muitas vezes aparece espontaneamente. A transmissão sexual ainda não é comprovada, existindo estudos que se contradizem. Os sintomas são inflamação vaginal, odor e perda de líquidos castanho claro. Raramente, vem acompanhada de coceira ou dor. A intensidade dos sintomas depende do nível de defesas naturais da vagina. A presença de VB está associada ao elevado número de parceiras sexuais femininas, falha na limpeza de brinquedos sexuais e sexo oral-anal. Estes dados implicam a necessidade de informar às mulheres a sintomatologia e práticas associadas com maior risco. Além disso, o diagnóstico de VB deve ser realizado em exames de casal, para eventual tratamento simultâneo. Isso é particularmente importante para casais de mulheres que planejam a maternidade em curto prazo.



HIV e AIDS

Por um longo tempo, as mulheres lésbicas e bissexuais não foram consideradas como pessoas em situação de risco para HIV/AIDS e, por esse motivo, formou-se uma lacuna em informações sobre o risco de transmissão por contato sexual de mulher para mulher.

"Homossexual" e "bissexual" são apenas definições, que nem sempre correspondem ao comportamento sexual real das mulheres. Lésbicas e bissexuais não são um grupo homogêneo: possuem diferentes estilos de vida e, portanto, são expostos a diferentes maneiras de transmissão. De fato, em todas as mulheres lésbicas e bissexuais HIV positivo (soropositivas), foram encontrados alguns comportamentos de risco: com bastante frequência tem um passado ou presente heterossexual, são ou foram vítimas de violência sexual, uso de drogas ou, em alguns casos, histórico de prostituição. Há também casos em que possam ter recebido sangue ou sêmen armazenado por um banco antes de 1985 (momento a partir do qual, em quase todos os países ocidentais, doações de sangue e órgãos foram submetidas a controles sistemáticos de HIV).

Se alguma das parceiras é HIV positivo, é essencial a prática do sexo seguro. Os patógenos sexualmente transmissíveis são potencialmente perigoso para pessoas soropositivas.

As mulheres muitas vezes se queixam de problemas ginecológico, como distúrbios do ciclo e infecções genitais que podem ser causados por germes e fungos que são transmitidos por contato sexual; tais lesões podem causar alterações celulares, muitas vezes malignas, do colo do útero (carcinoma cervical). Por isso, mulheres soropositivas devem fazer visitas ginecológicas periódicas para descobrir e tratar qualquer alteração.

As práticas sexuais entre mulheres, em teoria, envolvem certo risco de infecção. No entanto, poucos estudos científicos a este respeito permitem afirmar com certeza sobre a transmissibilidade do HIV no sexo oral realizado fora da menstruação, mas mesmo esta ausência de certeza não nos permite excluir completamente o risco.

São consideradas práticas de alto risco a prática de sexo oral durante a menstruação e a troca de acessórios sexuais sem a proteção e desinfecção adequadas. Até a presença de lesões na mucosa vaginal e doenças de transmissão sexual aumentam o risco de infecção pelo HIV. Ao padecer de uma IST, a concentração de vírus nas secreções vaginais pode modificar o ambiente da vagina, o que as torna ainda mais sensíveis à disseminação de vírus e outros patógenos.

Maternidade

As mulheres lésbicas podem ter o desejo de vivenciar a experiência da maternidade, entretanto, tendem a enfrentar maiores obstáculos para concretizar a parentalidade. Elas possuem algumas necessidades similares às de casais heterossexuais e outras bastante particulares, especialmente relacionadas à lesbofobia, à possibilidade de rejeição pela família e ao acesso dificultado aos serviços de saúde especializados e bancos de esperma.

Uma vez que um casal lésbico decida engravidar, as informações necessárias devem ser fornecidas pelo(a)s profissionais de saúde e as orientações devem ser as mesmas que aquelas disponibilizadas para um casal heterossexual. É fundamental que a parceira seja incluída em todas as consultas e discussões. O pré-natal da gestante lésbica é similar ao da gestante heterossexual e deve seguir as indicações das diretrizes existentes para a assistência obstétrica. A presença da parceira deve ser encorajada e estimulada durante todo o período gravídico e puerperal. A presença da companheira da parturiente é assegurada pela **Lei Federal nº 11.108/2005**, que garante o direito a acompanhante de livre escolha, sem qualquer distinção de gênero ou orientação.

O **Provimento nº 63** de 14 de novembro de 2017 editado pela Corregedoria Nacional de Justiça, assegura o registro de nas-

cimento, com o nome das duas mães, sem distinção, nos casos de filhos gerados por fertilização assistida, bem como o reconhecimento da maternidade socioafetiva. Mulheres lésbicas podem ter estado grávidas no passado, podem viver com ou sem filhos de uma união heterossexual anterior, ou podem viver com filhos de relacionamentos anteriores de suas parceiras. Algumas podem tornar-se mães por adoção ou por inseminação.

Gravidez Indesejada

Algumas mulheres lésbicas, sobretudo as mais jovens, por pressão social ou para aceitação no grupo no qual deseja estar inserida, acabam tendo relacionamentos sexuais eventuais com homens, ou mesmo com amigos gays.

Esta eventualidade no relacionamento e o autorreconhecimento como lésbica cria uma atmosfera de falsa segurança que, não raro, leva à gravidez indesejada e precoce. Algumas destas meninas podem não saber como utilizar o preservativo e achar que, por fazerem sexo com amigos, estão protegidas de doenças sexualmente transmissíveis.

A orientação para métodos preventivos, como o uso dos contraceptivos orais e o período de efeito, a colocação correta do preservativo e a utilização da contracepção de emergência são importantes para estas mulheres e sua autonomia sexual.



Violência

contra Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Violência intrafamiliar

Violência sexual

Violência doméstica

Lesbocídio



As mulheres lésbicas e bissexuais estão mais suscetíveis a algumas formas de violência específicas, como a violência intrafamiliar e a violência sexual, o que pode ocasionar maior risco de violência autoprovocada e ao feminicídio. Por não se encaixarem nos ideais de feminilidade e heterossexualidade compulsória (heteronormatividade), estão mais vulneráveis à violação de seus direitos sociais e humanos.

Violência Intrafamiliar

Por não corresponder aos padrões impostos de sexualidade e de expressão de gênero, no caso de mulheres lésbicas mais masculinizadas, é frequente que situações de violência intrafamiliar se apresentem desde a adolescência. Nesse sentido, a violência física, verbal e psicológica são utilizadas como estratégia repressiva no âmbito doméstico familiar, podendo chegar a situações de violência sexual. Fugas ou expulsões podem ser recorrentes, comprometendo seu desenvolvimento psíquico e social, comprometendo a autoestima e formação escolar.

Violência Sexual

Muitas mulheres lésbicas são vítimas de “estupros corretivos”, como maneira de puni-las, como tentativa de “corrigir” ou “mudar” a sua orientação sexual de homo para heterossexual

- tais violências podem ser cometidas tanto no espaço público quanto no espaço doméstico, sobretudo na fase da adolescência. Não raro, podem ser submetidas a matrimônios forçados, sobretudo se houver uma gravidez envolvida.

Casos de gestação indesejada, sobretudo em situações que envolvem estupro, se não receberem acolhimento e atendimento corretos, devido ao intenso sofrimento psíquico que acarretam podem levar à busca de métodos inseguros de interrupção e, conseqüentemente, a morte decorrente de complicações por abortamento. É altamente recomendável o conhecimento das normas técnicas de **Atenção Humanizada ao Abortamento e Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**, para o manejo adequado desses casos.

Mulheres bissexuais estão sujeitas a serem objetificadas e fetichizadas por suas práticas sexuais nas relações que vivenciam, o que também compromete o respeito aos seus direitos sexuais.

Existe ainda a violência a que são submetidas socialmente as mulheres lésbicas, pelo preconceito em relação a sua orientação e práticas sexuais. Além disso, estão sujeitas a diferentes manifestações de lesbofobia nos espaços públicos e institucionais, e mais suscetíveis ao assédio moral e sexual vinculado à sua orientação sexual no ambiente de trabalho.

Violência Doméstica

As mulheres lésbicas estão tão suscetíveis à violência conjugal quanto as mulheres heterossexuais. Profissionais da área da saúde devem estar alertas para essa possibilidade, considerando principalmente a dificuldade da usuária em declarar a agressão e denunciar a parceira lésbica.

Segundo estudos, mais de um terço das lésbicas entre 22 e 52 anos de idade já sofreu agressão por parte de suas parceiras, e o uso de álcool ou de outras drogas esteve envolvido na maior parte destes incidentes. A maternidade da vítima e assimetria relacional também são fatores envolvidos nos casos de violência doméstica entre mulheres lésbicas, uma vez que a maternidade lésbica é vista como um não-lugar e há uma grande idealização social das relações entre mulheres, que podem reproduzir as hierarquias e opressões presentes na organização hegemônica da sociedade.

A **Lei Maria da Penha** (Lei nº 11.340/2006) também se aplica às mulheres LBT. É a abordagem utilizada pelo(a) profissional que possibilitará um ambiente tranquilo, respeitoso e livre de preconceitos que leve ao diagnóstico correto e ao encaminhamento adequado para cada usuária.

Lesbocídio

O **Dossiê sobre o lesbocídio no Brasil** é uma pesquisa inédita que segue a estratégia adotada pelo movimento LGBT de acompanhar sistematicamente as notícias sobre a morte de pessoas, fazendo um recorte específico das vítimas de lesbofobia. O termo lesbocídio evidencia a morte das mulheres pelo fato de serem lésbicas, e confere visibilidade à violência lesbofóbica que resultou no fim de suas vidas, no período entre 2014 a 2017.

A categorização apresentada neste documento demonstra as motivações e apresentações da violência sexista que incide sobre as mulheres em decorrência de sua orientação e identidade sexual: lesbocídios declarados, em que o assassino assume a motivação por lesbofobia; lesbocídios como demonstração de virilidades ultrajadas, em que a causa dos feminicídios decorre, frequentemente, pela não aceitação da relação entre duas mulheres (não raro a vítima é uma ex companheira); lesbocídio cometido por parentes homens, que evidencia o caráter violento das relações patriarcalistas; lesbocídio realizado por homens conhecidos sem vínculo afetivo-sexual, como uma extensão da violência patriarcal pela desaprovação do comportamento da vítima; assassinos sem conexão com a vítima, caracterizados como crimes de ódio e com requintes de crueldade; lesbocídios associados ao tráfico de drogas, em que as investigações da morte foram encerradas prematuramente sob esta justificativa, prejudican-

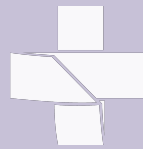


do a apuração e visibilidade deste tipo de crime; lesbocídio como expressão da desvalorização das lésbicas, não raro podendo ser cometidos também por mulheres, em que se questiona se a mesma conduta violenta teria sido praticada contra um homem; e, por fim, o suicídio visto como crime de ódio coletivo, em que mulheres lésbicas extinguem suas vidas levadas pelo intenso sofrimento psíquico decorrente das opressões e violências contínuas a que são submetidas ao longo de suas existências até aquele momento. Têm-se observado o suicídio entre mulheres jovens, o que demonstra que tais sofrimentos vêm se apresentando desde a adolescência, com a percepção da sua própria sexualidade e hostilidade vivenciadas, e não encontrado suporte suficiente para seu cuidado e enfrentamento.

versão preliminar

DEMOCRACIA É SAÚDE.
SAÚDE É DEMOCRACIA.

Defenda o SUS.





Promotores e Promotoras da Saúde LGBT para Profissionais no SUS

2ª Edição

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P965

ISBN 978-85-9489-144-0

versão preliminar

CATALOGAÇÃO NA FONTE: RUBENS DA COSTA SILVA FILHO CRB10/1761

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde/Fundo Nacional da Saúde/GESCON nº 92969.8560001/17-010

Coordenação Geral do Projeto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Financiamento e Apoio Institucional

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS
Coordenação-Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde e às Políticas de Equidade do SUS - CGASOC

Apoio Técnico e Institucional

Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual de Saúde
Departamento de Ações em Saúde - DAS
Coordenação Estadual da Saúde da População LGBT

Instituições Parceiras

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Pesquisadores Coordenadores do Projeto

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, UFRGS
Prof. Dr. Maurício Polidoro, IFRS

Pesquisadores Apoiadores do Projeto

Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli, UFPR
Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires, UFSC

Apoio Técnico Institucional

Iuday Gonçalves Motta, SES-RS

Organização deste documento

Iuday Gonçalves Motta, SES-RS
Lara Yelena Werner Yamaguchi, UFRGS

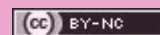
Apoio Técnico Acadêmico

Bruna Vargas, UFRGS
Jeferson Pinheiro, UFRGS
Martha Reus, UFRGS

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser acessada, na íntegra, no Repositório Lume <<https://www.lume.ufrgs.br>>.





Apresentação

A capacitação de Promotores e Promotoras da Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) é parte integrante do projeto *A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde*, oriundo da parceria interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Instituto Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, com o apoio do Ministério da Saúde, que tem como objetivo fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em todo estado.

É importante ressaltar que esta política integra um importante componente dos tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário, através dos quais se comprometeu, perante a comunidade internacional, em assegurar os

direitos fundamentais da população LGBT, com especial ênfase no direito à vida.

Esse curso toma como pontos de partida a concepção ampliada da saúde e uma perspectiva interseccional com os marcadores de sexo atribuído ao nascimento, de identidade de gênero, da orientação sexual e do quesito raça/cor. Assim, articula o conjunto de políticas formuladas para promoção da equidade e que atuam no desafio da garantia dos direitos humanos e da implementação da atenção à saúde integral.

Esperamos que esta seja mais uma oportunidade de estudos cujos conhecimentos possam apoiar práticas cotidianas na redução das desigualdades, no aprimoramento da atenção à saúde junto ao Sistema Único de Saúde e no fortalecimento dos direitos da população LGBT e da democracia.

Desejamos a todas, todos e *todes* um ótimo curso!

Curso de Formação de Promotores e Promotoras da Saúde LGBT para Profissionais no SUS

MÓDULO 1

Encontro Presencial | Apresentação e abertura do curso

EAD | Conceitos Básicos sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero

EAD | Atividade

MÓDULO 2

EAD | Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais

EAD | Atividade

EAD | Saúde dos Homens Gays e Bissexuais

EAD | Atividade

EAD | Saúde dos Homens Transexuais, Mulheres Transexuais e Travestis

EAD | Atividade

Encontro Presencial | Especificidades em Saúde da População LGBT e os Sistemas de Informação em Saúde

MÓDULO 3

EAD | O direito à saúde da população LGBT

EAD | Boas práticas e experiências no cuidado à saúde da população LGBT

EAD | Construção de proposta de intervenção

Encontro Presencial | Apresentação das propostas de intervenção e encerramento do curso



Índice

Introdução	08	Saúde dos Homens Transexuais	
Transexualidade e Travestilidade na Saúde	10	Órteses	41
O que é transgeneridade?	17	Hormonização em homens transexuais	43
Transgeneridade e saúde	18	Intervenções Cirúrgicas	45
Medicalização x Despatologização	19	Fertilidade	45
Serviços de Atenção Especializada ao Processo Transexualizador no Brasil	21	Determinantes Sociais	48
Especificidades da Saúde Trans	25		
Saúde das Mulheres Transexuais e Travestis		Referências	56
Antiandrógenos	34		
Estrógenos	36		
Silicone	38		
Intervenções Cirúrgicas	39		
Câncer	39		



CURSO EAD

2 MÓDULO

Saúde da População Transgênero

Mulheres Transexuais, Travestis e
Homens Transexuais



Introdução

A atenção especializada à saúde da população transgênero (mulheres transexuais, travestis e homens transexuais) deu-se, primeiramente, através das portarias nº 1.707/GM/MS e nº 457/SAS de 2008, que previam a habilitação de hospitais universitários para a realização de procedimentos cirúrgicos. Tais dispositivos resultaram da atuação do Ministério Público do Rio Grande do Sul para que as demandas médico-hospitalares, cujo custo apresenta-se elevado ao seu público, fossem incluídas no rol de procedimentos realizados pelo SUS, sob os princípios da universalidade, equidade e do direito à saúde.

Tais normativas foram substituídas pela **Portaria GM nº 2.803** de 2013, que redefiniu e ampliou o **Processo Transexualizador no SUS** ao incluir a modalidade ambulatorial na habilitação de serviços especializados no atendimento à essa população. Tal mudança decorre dos objetivos previstos pela **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT**, dentre eles: garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS; reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fárma-

cos, especialmente para travestis e transexuais; definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; e promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens.

O **Processo Transexualizador no SUS** é fruto da articulação e interação do movimento social em um importante período histórico da saúde pública brasileira, com destaque para a atuação do **Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT**, criado em 2004 e redefinido pela **Portaria GM nº 2.803/2011**, e cujo papel foi determinante para a compreensão das especificidades em saúde deste segmento.

Ainda há muito o que avançar para a garantia efetiva do direito à saúde de pessoas transgênero, sendo condição para tal a defesa da sua autonomia enquanto sujeitos plenos de direitos, bem como a democracia e a continuidade do Sistema Único de Saúde, tal como previsto pelo movimento da reforma sanitária brasileira.

CUIDAR BEM DA SAÚDE DE CADA UM FAZ BEM PARA TODOS. FAZ BEM PARA O BRASIL.



Katia Sousa Simpson
Transo
Advogada

Daniella Verça
Transo
Estudante de Direito

Tathiane Araújo
Transo
Ativista

Charley Santos
Mulher Transsexual
Técnica de Enfermagem

Fabiana Mello
Mulher Transsexual
Educadora Social

Leonardo Pecanha
Homem Trans
Professor de Educação Física

Fernando Vitor
Homem Trans
Professor de Geografia

Rafael Carlos Coelho Duran
Homem Trans
Servidor Público

Jade Soares
Mulher Transsexual
Atriz

As travestis, as mulheres transexuais e os homens trans têm direito à saúde integral, humanizada e de qualidade no SUS, tanto na rede de atenção básica, como nos serviços especializados.

A **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**, redefiniu o Processo Transexualizador no SUS, que instituiu o acolhimento e atendimento livre de discriminação às travestis, às mulheres transexuais e aos homens trans, desde o uso do nome social, o acesso à hormonioterapia até às cirurgias de adequação do corpo à identidade de gênero.

Para saber mais, conheça também a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011) e acesse www.saude.gov.br/saude/gbt

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.



Ministério das
Mulheres, da Igualdade Racial
e dos Direitos Humanos

Ministério da
Saúde



Transexualidade e Travestilidade na Saúde

Keila Simpson

Travestis e transexuais são populações que carregam uma imensa carga de preconceitos desde a sua aparição. Não se sabe ao certo como se iniciou o aparecimento dessa população no Brasil: acredita-se que tenha sido originado nos espetáculos teatrais nos anos 60 e 70, mas só temos conhecimentos mais gerais a partir da década de 70, em sua migração para Paris, e depois, em 1980, quando se noticiava os trabalhos desenvolvidos pelas trans brasileiras nas noites parisienses, especialmente no “Bouis de Bologne” (espaço onde ainda hoje existe uma grande concentração de travestis brasileiras que trabalham com prostituição em Paris). Segundo Camille Cabral, uma mulher trans brasileira que reside em Paris, elas migraram para lá em busca de fama e fortuna, o que muitas conseguiram.

Foi em Paris nos anos 80 que as travestis brasileiras tiveram conhecimento de duas substâncias que se tornariam, anos depois, muito problemáticas para sua saúde. São elas: o silicone líquido industrial e a utilização indiscriminada de hormônios.

No Brasil, as travestis e transexuais iniciaram a utilização dessas substâncias para se parecerem com as trans das décadas de 70/80 de Paris. Foi aqui no Brasil que elas iniciaram a utilização de silicone industrial, um produto desaconselhável para humanos. As travestis encontraram nesta substância uma forma de construir formas femininas mais rápido que os hormônios.

Travestis e transexuais sempre estiveram na ponta de lança dos preconceitos e das discriminações existentes no Brasil com a população LGBT. Isso ocorre porque essa população ostenta uma identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões heteronormativos, em que homem é homem e mulher é mulher, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento. No caso de trans, esse estranhamento se traduz em assassinato dessa população.

Ainda hoje, existe a ideia de que elas abdicaram do sexo atribuído no nascimento para se identificarem com o sexo oposto. Em uma sociedade machista como a brasileira, a po-

população de trans é alvo fácil de ser discriminada e violentada, sem ao menos ter a chance de poder explicar o porquê dessas objeções.

Diferentemente do que é difundido pelas mulheres trans, travestis não querem ser identificadas como mulheres travestis. Elas reivindicam, sim, o respeito a suas vivências e individualidades, bem como o viver no gênero feminino, assim como o direito de serem respeitadas suas identidades de gêneros dentro desse universo feminino.

Nesse universo, existem ainda os homens trans, que não me sinto no direito de nominá-los nem de defini-los, pois existe um movimento organizado, que pode e deve cada vez mais aparecer nesses artigos, com informação prestada por este segmento da população trans. Poderia exemplificá-los, já que os conheço, mas prefiro deixar que falem por si próprios. Isto serve para a população de mulheres trans, já que me identifico como travesti. Neste artigo, não me aprofundarei muito nas questões das identidades, esperando que possamos, em breve, escrever sobre esses temas e que cada população possa então se apresentar e se definir.

Aqui no Brasil e em boa parte do mundo, acostumou-se a lidar somente com o homem e a mulher. Sendo assim, qualquer coisa que fuja desse binarismo é olhado com preconceito e com discriminação. Como as travestis rompem com o muro entre o masculino e feminino, são colocadas sempre à

margem da sociedade.

As travestis são transgressoras do padrão que determina o conviver apenas nesses dois gêneros, sendo alvo de muitas violências e discriminações por essa transgressão. Também são, na sua maioria, rejeitadas como membros da sociedade, tendo muita dificuldade na reinserção social.

Mesmo os termos travestis e transexuais eram tidos como pejorativos e marginais. E, por isso, era preciso quebrar esse tabu, era preciso mudar, mas mudar de modo que se adequasse à forma “asseada” determinada pela sociedade.

Assim, o movimento organizado compreendeu que era preciso tirar o estigma desses termos e afirmar o seu lado positivo. Por isso, resolveu adotar o termo travesti como uma afirmação dessa identidade e, a partir dela, encontrar exemplos positivos para que sociedade pudesse perceber que essa população é igual às demais.

Travestis e transexuais são vistas pela medicina como seres portadores de patologia e de uma Classificação Internacional de Doenças (CID) que lhes identifica. Por isso, são sempre tratadas por códigos de doenças. Nesse sentido, seria correto utilizar o “travestismo” e o “transexualismo”.

Falar de travestilidade e transexualidade na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) é trazer à tona questões que



há bem pouco tempo eram bastante desconhecidas por grande parte de acadêmicos e da população em geral.

Os termos travestilidade e transexualidade foram criados e introjetados pelo movimento social organizado para dizer que a questão dessa população é uma questão de identidade e de modo de viver.

A entrada dessa população no SUS também requer uma análise mais profunda de como se deu essa entrada e de como se dará a permanência. Mas também será abordado o descaso com o qual foram tratadas as questões referentes à saúde de travestis e transexuais.

Alguém escreveu uma vez que a aids trouxe um benefício para a população trans e eu concordo, pois foi a partir dela que se iniciou a entrada de grande parte dessa população no SUS. Antes dessa epidemia, era difícil incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de Saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação.

O processo de automedicação acontecia porque elas já sabiam que seriam discriminadas nos serviços. Por esse motivo, nem procuravam os serviços de Saúde para constatar a veracidade da informação.

Muitas faziam uso abusivo e indiscriminado de diversos hormônios, muitas vezes orientadas por outras trans mais velhas que já haviam utilizado esse ou aquele hormônio e sabiam que um era bem melhor que o outro etc.

Porém, um dos problemas mais graves para a saúde das trans nesse período era a utilização do silicone líquido industrial e a aplicação desse produto, posto que era feito por pessoas leigas e sem os cuidados de assepsia necessários nessas intervenções. Além disso, o procedimento era ilegal, tendo em vista que, como uma intervenção cirúrgica, a aplicação, em alguns casos, gerava efeitos nocivos à saúde. Quando isso ocorria, os médicos não queriam cuidar, explicando que não poderiam tratar as enfermidades decorrentes da aplicação pelo desconhecimento da causa e/ou do efeito. Até hoje, eu particularmente acredito que se tratava de descaso com essa população.

É difícil para um cidadão comum compreender o porquê de travestis e transexuais recorrerem a essas intervenções para modelação dos corpos. A resposta é que essa substância tem um efeito mais imediato do que os hormônios. Por esse motivo, elas recorrem a essas intervenções para que possam ter os corpos sonhados de forma rápida e barata. O SUS nunca compreendeu esse fenômeno como caso de saúde pública, até o movimento organizado pautar essas lutas em com outros movimentos e com alguns atores governamentais.

Foi só a partir desses debates que o SUS iniciou muito timidamente algumas ações com médicos endocrinologistas sobre a questão de hormônios e com clínicos gerais e cirurgiões plásticos para lidar com os agravos da aplicação de silicone líquido industrial.

Muitas trans recorrem aos serviços particulares, pois ainda é muito difícil encontrar na rede pública profissionais de saúde que atendam às demandas do silicone industrial.

O movimento organizado tem implementado diversas ações com vistas a aconselhar a população trans a não utilizar essa substância, por meio de uma política de redução de danos. Infelizmente, essa política ainda é falha, pois apenas informa e disponibiliza meios de assepsia e/ou de materiais descartáveis para utilização, e é insuficiente para encontrar maneiras de desmotivar essa população a fazer uso dessas intervenções.

Como relatado anteriormente, a aids trouxe como benefício para a população trans a procura mais assídua pelos serviços de saúde. Identificada no início da epidemia como “grupo de risco”, essa população estava mais propensa a se infectar com essa doença. Passados 30 anos da epidemia, a população trans tem hoje um trânsito tranquilo no SUS e é compreendida como uma população que tem outras enfermidades para além do HIV/aids.

Entretanto, mesmo com o trânsito mais assíduo no SUS, a

realidade dessa população ainda é cercada de muito estranhamento, seja para ela que precisa dos serviços, seja para os profissionais que, alheios a essas mudanças sociais, não compreendem as especificidades de alguns grupos populacionais. O lado positivo é que, em muitos lugares, existem gestores de saúde sensibilizados, que fazem o diferencial nos serviços de saúde com inclusão, inovação e respeito.

O movimento organizado LGBT debate e encaminha as suas demandas nas conferências nacionais de políticas públicas para LGBT. Foram realizadas duas no Brasil. Nessas conferências, são encaminhadas as propostas que queremos que sejam efetivadas. Desde a primeira conferência, em 2008, o Ministério da Saúde (MS) foi o que mais efetivou as propostas de políticas para a população LGBT.

Foi também no MS, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), que a efetivação das políticas públicas para populações mais vulneráveis, em especial a LGBT, teve a sua maior efetividade.

Entre as outras políticas públicas, ficou mais evidente para nós a Política Nacional de Saúde Integral LGBT; em especial, o Processo Transsexualizador do SUS, que é uma reivindicação antiga da população trans brasileira.

Ainda estamos longe de ter uma saúde ou um atendimento



com qualidade integral, universal e equânime, mas vale destacar a importância de políticas específicas, pois foi a partir delas que se trabalhou com a chamada inclusão. É preciso lembrar que travestis e transexuais são ainda as populações mais distanciadas dos serviços de saúde, e isso ocorre especialmente por falta de mecanismos específicos que venham a facilitar o acesso dessa população aos serviços.

Mas a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT trouxe, cada dia mais, ações para que essas populações pudessem transitar mais tranquilamente nas dependências do SUS, para que tratem da sua saúde em espaços que outrora era impensável encontrar esses dois grupos populacionais: travestis e transexuais. Claro que os espaços específicos são importantes, mas é fundamental trabalhar para que todo o SUS possa adequar-se a essas demandas atuais, que requerem dos serviços atenção às especificidades.

As organizações da sociedade civil tem desempenhado um papel fundamental nessas parcerias, pois é a partir delas que se dão as contribuições para a construção dessas políticas públicas. É sobre o trabalho de base dessas organizações que estão sendo pensadas as políticas públicas para responder às demandas de populações específicas. Fazer esse trabalho sem a parceria do movimento organizado seria impensável e ineficiente.

Por fim, recomenda-se que travestis e transexuais possam ter

cada vez mais a ampliação da sua permanência nos serviços de saúde, e que possam continuar contribuindo com diretrizes específicas para a criação de novas políticas. Além disso, é preciso que se intensifique, em todo o SUS, a sensibilidade de gestores e dos demais servidores da Saúde, para que reconheçam, na população trans, atores que precisam desses serviços e que devem ser respeitados em suas demandas e identidades. Sendo assim, que o SUS possa ter em seus quadros cada vez mais gestores empenhados na implementação de políticas de saúde públicas e, conseqüentemente, mais gestores sensibilizados e comprometidos com os princípios do SUS.

A permanência dessa população no SUS só será efetiva quando as políticas implementadas tornarem-se sólidas e os gestores forem cada vez mais sensibilizados e capacitados para lidar com as diferentes formas de pensar e agir, quando todas as pessoas compreenderem que a individualidade de cada um deve ser respeitada, quando não houver mais rótulos e nem rotulados, e quando as pessoas reconhecerem em cada indivíduo o ser humano que cada um é, que deve ser compreendido dentro desse universo.

Vale ressaltar, ao final, que a população trans reconhece no MS, especialmente nos gestores do DAGEP/SGEP/MS, um ganho para a política de saúde pública e espera que, cada vez mais, essa construção de mão dupla possa continuar rendendo mais frutos, que essa parceria possa cada dia mais

se fortalecer, e que outras pastas desse governo possam se mirar no exemplo do Ministério da Saúde para iniciar também os diálogos e as construções dessas políticas em seu âmbito de atuação, para que, em breve, essa população possa desfrutar de igualdade de direitos em todos os Ministérios.

LEIA TAMBÉM

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS

 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf



TEXTO PUBLICADO ORIGINALMENTE EM

SIMPSON, K. Transexualidade e Travestilidade na Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-15.

 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf



A transgeneridade, tal como a homossexualidade, não são fenômenos ou experiências recentes na história da humanidade. Esta é uma afirmação tão real quanto igualmente desestabilizadora do conjunto de crenças das sociedades ocidentais modernas, e que atualmente se vêem bastante desafiadas com a maior visibilização da discussão desta temática, a ponto de suscitar reações, em determinados grupos sociais, bastante violentas e autoritárias.

Tal perspectiva - a desconstrução de 'verdades' tidas como inquestionáveis - é fundamental para que se consiga compreender melhor as experiências de pessoas transgênero, bem como situá-las em nosso contexto social e fazer uma leitura crítica sobre como a atenção à saúde (bem como a sua falta) se conformou ao longo do tempo. O apagamento de tais experiências, seja do ponto de vista simbólico ou até mesmo material, culminando na barbárie da morte intencional e involuntária dessas pessoas, consiste em uma estratégia de imposição de 'verdades' que não admitem sua contradição, caracterizando tais sociedades por suas condutas baseadas em manobras de *biopoder* e *necropolítica*.

Uma vez que afirmamos o *direito à vida* como direito humano fundamental, e os direitos humanos como paradigmas para sociedades consideradas desenvolvidas e civilizadas, torna-se um compromisso que assumimos coletivamente para com o bem estar de todas as pessoas, o que inclui, obviamente, pessoas cisgênero e pessoas transgênero.

O Brasil tem se apresentado como o **país onde mais pessoas transgênero são assassinadas**, segundo compilação da ONG *Transgender Europe* (TGEU), que faz este acompanhamento. A metodologia adotada é utilizada pelo movimento LGBT há anos: as mortes noticiadas em veículos da mídia, sendo, portanto, subnotificadas. A inclusão de campos para identidade de gênero nos registros obituários prevê o aumento dos números obtidos, mas esta ainda não é uma realidade, o que aumenta a invisibilidade de informações sobre esta população.

É essencial considerar o papel do setor saúde na visibilidade e acesso à cidadania das pessoas transgênero, uma vez que a saúde se configura como um direito social implicado diretamente no direito à vida, de maneira abrangente.

Biopoder: termo empregado pelo filósofo Michel Foucault para descrever o controle das populações, por meio dos seus corpos, pelo aparato estatal através de técnicas numerosas e diversas, presentes sobretudo nas ações de saúde pública. Pensadores subsequentes adotaram outro termo utilizado por ele, em menor frequência: a biopolítica (referindo-se às políticas de controle da vida).

Necropolítica: conceito formulado pelo sociólogo camaronês Achille Mbembe, baseado na insuficiência da noção de biopoder "para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte". O autor também emprega o termo *necropoder*, e sustenta que, sob ele, "as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, martírio e liberdade desaparecem"; com isso se estabelece a norma de quais vidas merecem viver, e quais não.

O que é a transgeneridade?

Desde que as pessoas nascem, aprendem através das interações com o meio social a desempenhar um papel de gênero baseado na cultura em que vivem, papel esse geralmente atrelado ao sexo biológico. Esta interação supõe um papel ativo da pessoa que está se socializando e, por mais fortes que sejam as mensagens recebidas, o indivíduo construirá sua própria masculinidade ou feminilidade, podendo estar mais próximo ou mais distante do modelo hegemônico.

A transgeneridade é um conceito guarda-chuva que abarca as experiências de pessoas com *variabilidade de gênero*, ou seja, cuja identidade e expressão de gênero se apresenta de maneira diversa do padrão hegemônico social. Tal variabilidade tem sido *patologizada* ao longo dos últimos séculos, o que acarreta na estigmatização, discriminação e perda considerável da qualidade de vida dessas pessoas.

De acordo com a ONG **TGEU**, pessoas *trans* são aquelas que, dentro do sistema binário de gênero (homem-mulher), manifestam uma identidade de gênero diferente do gênero atribuído ao nascer, e inclui aquelas que sentem, preferem, optam por se apresentar de uma forma que entra em conflito com as expectativas do papel de gênero atribuído no nascimento através da linguagem, vestuário, acessórios, cosméticos ou modificação corporal. Isso inclui, além das pes-

soas transexuais, as travestis, pessoas sem gênero (agêneros), multigênero ou *genderqueer* (gênero *queer*, ou não binário), assim como pessoas intersexuais e variantes de gênero que se sentem relacionadas ou identificadas com qualquer um dos termos mencionados acima.

A pesquisa **U.S. Transgender Survey 2015**, a maior pesquisa já realizada com a população transgênero nos Estados Unidos, relatou o uso de mais de 500 termos relativos à autodenominação da identidade de gênero pelas pessoas entrevistadas: a transgeneridade se apresenta de maneira diversa, sendo a própria diversidade em si o que a caracteriza. Os resultados apontaram para padrões perturbadores de maus tratos, discriminação e disparidades entre a população trans e a população cis no país em relação às necessidades essenciais da vida, tais como: moradia, estudo, trabalho e emprego, acesso à saúde, apoio da família e comunidade, além de elevadas taxas de violência e assédio sexual. Outro aspecto relevante desse estudo refere-se às interseccionalidades, apresentando relatórios específicos das experiências vividas por pessoas trans negras, latinas, indígenas, asiáticas, havaianas e oriundas das ilhas do Pacífico.

Estudos como esse necessitam ser replicados, a fim de nortear as políticas públicas para a superação das iniquidades e violações de direitos sofridas pela população trans, uma vez que tais identidades enfrentam dificuldades de natureza estrutural nas sociedades em que vivem.

Transgeneridade e saúde

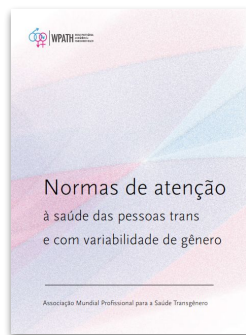
A **Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero** (*World Professional Association for Transgender Health - WPATH*) é uma associação profissional multidisciplinar internacional que reúne diversas/os profissionais dedicadas/os ao desenvolvimento das melhores práticas e políticas de apoio em todo o mundo que promovam a saúde, a pesquisa, a educação, o respeito, a dignidade e a igualdade de direitos para pessoas trans e com variabilidade de gênero em todos os aspectos culturais. A WPATH tem elaborado normas de atenção à saúde das pessoas trans (NDA) com o objetivo de orientar e subsidiar as condutas profissionais e políticas públicas de saúde para estas pessoas:

O objetivo geral das NDA é fornecer uma orientação clínica para profissionais de saúde ajudarem pessoas trans e com variabilidade de gênero a transitarem por caminhos seguros e eficazes para alcançar um conforto pessoal duradouro com suas identidades de gênero, a fim de maximizar sua saúde de modo geral, seu bem-estar psicológico e sua realização pessoal. Essa assistência pode incluir cuidados de saúde primários, atendimento ginecológico e urológico, opções reprodutivas, terapias de voz e comunicação, serviços de saúde mental (por exemplo, avaliação, aconselhamento e psicoterapia) e tratamentos hormonais e cirúrgicos. Apesar de ser essencialmente um documento para profissionais de saúde, as NDA também podem ser utilizadas por qualquer pessoa interessada, familiares e instituições sociais para entender

como podem ajudar a promover a saúde ótima das/os integrantes dessa população diversa. (WPATH, 2012)

A maioria das pesquisas e experiências sobre a população trans provém da América do Norte e Europa, e a WPATH reconhece a necessidade de adaptação das NDA para outras localidades. Em sua última versão, a organização aponta para a ausência de estudos epidemiológicos abrangentes e passíveis de comparação, tanto do ponto de vista metodológico quanto em relação às diferenças culturais entre os países.

Em 2017, após o **I Encontro de Saúde Trans**, ocorrido em novembro na Universidade Federal de São Paulo, foi formalmente anunciada a criação da Associação Brasileira pela Saúde Integral de Pessoas Trans, Travestis e Intersexo (ABRASITTI).



Normas de Atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero

7ª versão, 2012

WPATH - *World Professional Association for Transgender Health*

Medicalização x Despatologização

A patologização das identidades trans está profundamente associada ao processo de medicalização presente em nossa sociedade. A medicalização, enquanto fenômeno social que se estrutura a partir do discurso científico, consiste em atuar sobre as experiências de vida a partir de categorizações, em geral, dicotômicas: bem estar vs mal estar, saúde e doença, normal e anormal, patológico e sadio. Obviamente que o conhecimento científico aliado às técnicas de intervenção, sejam elas farmacológicas, cirúrgicas ou comportamentais, produz resultados que impactam desde o indivíduo até a comunidade em que vive, influenciando as percepções coletivas e sociais sobre a realidade que incide. A reflexão ética sobre a qualidade do impacto sobre os sujeitos envolvidos é primordial para balizar as condutas diante de situações onde as intervenções possam ocorrer.

A patologização produzida historicamente pelas ciências sobre as experiências das identidades trans revela muito mais o lugar da hierarquia dos saberes e seu apego ao campo normativo hegemônico do que propriamente algum conhecimento sobre as próprias experiências das pessoas trans (TENÓRIO; PRADO, 2016). Harry Benjamin, precursor dos estudos sobre atenção à saúde de pessoas transgênero - e cuja associação internacional originou, posteriormente a WPATH - sustentava seus argumentos sobre o tratamento do

“transsexual verdadeiro”, geralmente diagnosticado ainda na infância e com apresentação de sintomas persistentes de *disforia de gênero*, patologia para a qual o único tratamento eficaz seria a intervenção cirúrgica dos genitais, bem como a hormonização com finalidade de desenvolver os caracteres sexuais do sexo oposto ao nascimento. Atualmente, a WPATH se alinha ao movimento de despatologização das identidades trans, e emitiu em 2010 uma declaração onde afirmou que “a expressão das características de gênero, incluindo as identidades, que não estão associadas de maneira estereotipada com o sexo atribuído ao nascer, é um fenômeno comum e culturalmente diverso que não deve ser julgado como inerentemente patológico ou negativo” (WPATH, 2012).

O movimento pela despatologização trans ganhou força expressiva em 2012, com a campanha internacional *Stop Trans Pathologization* e seus objetivos: a retirada da categoria da “disforia de gênero”/“transtornos de identidade de gênero” dos manuais internacionais de diagnóstico (DSM-5 e CID-11); a abolição dos tratamentos de normalização binária a pessoas intersex; o livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias, sem tutela psiquiátrica; serviços públicos de atenção à saúde trans específicos (acompanhamento terapêutico voluntário, atendimento ginecológico/urológico, tratamentos hormonais, cirurgias); e o combate à transfobia, com fomento à formação educacional e a inserção social e no mundo do trabalho das pessoas trans, assim como visibilizar e denunciar todo tipo de transfobia institucional ou social.



Os efeitos da mobilização alcançaram o objetivo da retirada do *transexualismo* da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde, publicada em 2018 e que manteve o termo *incongruência de gênero*, a fim de garantir o acesso aos tratamentos de saúde específicos para a população trans.

A despatologização é fundamental para que se assegure a autonomia das pessoas trans, reconhecendo-as enquanto sujeitos de direitos, sãs e com capacidade para decidir sobre seus corpos, que concorrem aos serviços de saúde buscando assessoramento e acompanhamento. Discussões e reflexões amparadas por produções recentes no campo da bioética são necessárias para o aprimoramento da atenção à saúde das pessoas transexuais e com variabilidade de gênero, bem como para a superação do paradigma patologizante que atravessa as práticas em saúde.

A perspectiva histórica é, também, um elemento importante a ser resgatado na afirmação da importância desta autonomia para o respeito à cidadania e direitos fundamentais: é preciso lembrar que, no Brasil, a primeira cirurgia de redesignação genital realizada foi investigada e judicializada, e condenou o cirurgião Roberto Farina por “lesão corporal gravíssima”, mesmo o procedimento tendo sido realizado por vontade e consentimento de sua paciente, Waldirene Nogueira. Esta, por sua vez, foi submetida a exames e considerada vítima à sua revelia, ao mesmo tempo que exposta a tratamento degradan-

dante durante as investigações, configurando clara violação de direitos humanos.

'Monstro, prostituta, bichinha': como a Justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo do Brasil e sentenciou médico à prisão
Reportagem da BBC Brasil

Um aspecto que envolve a despatologização das identidades trans e seu efeito nas dinâmicas sociais refere-se à urgente necessidade de melhorar seu acesso aos serviços de saúde. Pessoas transgênero e com variabilidade de gênero em todo o mundo experimentam disparidades de saúde substanciais e barreiras no acesso aos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção. A rejeição e os maus tratos vivenciados nos serviços podem fazer com que a população trans evite buscá-los em tempo oportuno, agravando diversos problemas de saúde.

Em relação aos serviços especializados, embora haja o aumento crescente da demanda ao atendimento de pessoas transgênero, observam-se poucos serviços de saúde disponíveis e apropriados em uma perspectiva não patologizante, apoiadores e confidenciais que priorizem um processo de tomada de decisão informada. Profissionais de saúde carecem de competência técnica, e internacionalmente há poucos currículos, normas de atenção e oferta de cursos e

programas de formação profissional que incorporem de maneira abrangente a atenção à saúde de pessoas transgênero (WHO, 2015).

É preciso afirmar que nem todas as demandas de saúde das pessoas trans são por serviços especializados, embora atualmente a fila para a primeira consulta em tais serviços resulte em uma previsão de anos de espera, o que se configura como um caso flagrante de iniquidade em saúde. Logo, é bastante frequente que pessoas iniciem seu processo de transição para o gênero autopercebido de maneira autônoma, recorrendo a hormônios e outros métodos (como a aplicação de silicone industrial) por conta própria, com o apoio das redes informais. Não devemos condenar tais condutas pois, durante anos, esta foi a única maneira com que pessoas trans conseguiram realizar as alterações corporais desejadas.

Quando uma pessoa trans enfrenta barreiras de acesso, ainda no nível primário de atenção à saúde, para o encaminhamento aos serviços especializados, pragmaticamente a transição sem acompanhamento apropriado se configura como a única opção do indivíduo, apesar de todos os agravos. Julgá-la por tal prática, sendo um profissional de saúde, contradiz a ética profissional, as diretrizes do SUS, a **Carta dos Direitos dos Usuários** e constitui ato de natureza discriminatória e prática de **violência institucional** motivada por **transfobia**.

Serviços de Atenção Especializada ao Processo Transsexualizador no Brasil

A atenção especializada para o processo transsexualizador no SUS atualmente prevê duas modalidades de atendimento: **hospitalar**, para acompanhamento pré e pós-operatório e realização de procedimentos cirúrgicos; **ambulatorial**, para acompanhamento pré e pós-operatório, acompanhamento clínico e hormonização. O acesso à atenção especializada no processo transsexualizador ainda apresenta limitações, pois são poucos os serviços habilitados, conforme o **Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação nº 2/2017**, frente à demanda e dadas as dimensões continentais do país.

O SUS paga pelos procedimentos previstos em portaria tanto para os procedimentos realizados no âmbito hospitalar quanto ambulatorial aos serviços por ele habilitados. A dispensação dos hormônios está em processo de elaboração, dentro do escopo do **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Hormonioterapia**, ainda em fase de construção. Alguns estados já incluíram os hormônios em sua programação de assistência farmacêutica; onde isso ainda não acontece, a aquisição dos mesmos é feita pelos usuários e usuárias.

As tabelas a seguir descrevem os procedimentos previstos para cada modalidade, e os serviços habilitados segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):

Tabela 1. Habilitações 3001 - Unidade de atenção especializada no processo transexualizador

UF	nº CNES	Estabelecimento	desde
GO	2338424	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	09/2008
RJ	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	09/2008
RS	2237601	HOSPITAL DE CLÍNICAS	09/2008
SP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLÍNICAS SÃO PAULO	08/2008

Fonte: CNES, Ministério da Saúde. Extraído em 27/11/2018.

Tabela 2. Habilitações 3002 - Atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial

UF	nº CNES	Estabelecimento	desde
BA	0003816	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS	07/2018
ES	4044916	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	02/2018
GO	2338424	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	12/2016
MG	2146355	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA	12/2016
PB	2399717	COMPLEXO DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS CLEMENTINO FRAGA	10/2018
PE	0000396	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	10/2014
PR	0015253	CRE METROPOLITANO	12/2016
RJ	2270803	SES RJ I INST EST DIABET ENDOCRINOLOGIA IEDE	12/2016
SP	2077957	CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS SÃO PAULO	12/2016
SP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAO PAULO	12/2016

Fonte: CNES, Ministério da Saúde. Extraído em 27/11/2018.

Tabela 3. Habilitações 3003 - Atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar

UF	nº CNES	Estabelecimento	desde
GO	2338424	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	12/2016
PE	0000396	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	10/2014
SP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLÍNICAS SÃO PAULO	12/2016

Fonte: CNES, Ministério da Saúde. Extraído em 27/11/2018.

Tabela 4. Procedimentos previstos no processo transexualizador, de acordo com Anexo E, Anexo 1, Anexo XXI, Portaria de Consolidação nº 2

Modalidade	Descrição
AMBULATORIAL	Acompanhamento do/a usuário/a no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
AMBULATORIAL	Tratamento hormonal no processo transexualizador
AMBULATORIAL	Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador
AMBULATORIAL	Acompanhamento do/a usuário/a no processo transexualizador exclusivamente para atendimento clínico
HOSPITALAR	Redesignação sexual no sexo masculino
HOSPITALAR	Tireoplastia
HOSPITALAR	Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
HOSPITALAR	Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador
HOSPITALAR	Cirurgias complementares de redesignação sexual
HOSPITALAR	Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone no processo transexualizador

Segundo a Portaria nº 2.803/2013, a atenção ao processo transexualizador deve ser feita por equipe multiprofissional, sendo elegíveis os usuários e usuárias a partir dos 18 anos, sendo os procedimentos cirúrgicos disponibilizados a partir dos 21 anos. Consoante com o **Parecer nº 8/13** do Conselho Federal de Medicina, alguns centros têm oferecido atendimento a crianças e adolescentes em caráter de pesquisa.

O PROTIG, Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), é o serviço de referência no processo transexualizador modalidade hospitalar para a região Sul do país. Este ambulatório presta assistência especializada à população trans desde 1998, além de fazer pesquisas relativas ao tema.

A equipe multiprofissional é composta por profissionais da Endocrinologia, Psicologia, Serviço Social, Psiquiatria, Ginecologia, Equipe Cirúrgica, Fonoaudiologia e Bioética. O encaminhamento ao PROTIG deve ser realizado através da atenção básica, segundo o **Protocolo 7** da Psiquiatria Adulto elaborado pelo **Telessaúde RS**. Para adolescentes e crianças, é necessário um encaminhamento a partir da atenção básica para a Psiquiatria da Infância e Adolescência/HCPA. Será realizada uma entrevista e nesta deve ser manifestado o interesse no PROTIG.

Os atendimentos são individuais, de acordo com a necessida-

de de cada pessoa; com os familiares quando necessário e em grupos psicoeducativos. Com pessoas adultas, o foco do trabalho é a demanda por cirurgias, e com crianças e adolescentes, o foco é o trabalho junto aos familiares e/ou responsáveis e rede de apoio social, como a escola, visando garantir o desenvolvimento psicossocial adequado para a faixa etária.

O encaminhamento ainda segue os parâmetros da CID-10 (diagnóstico de disforia de gênero), mas deverá sofrer alterações para adequar-se à **CID-11**, prevista para entrar em vigor a partir de janeiro de 2022.

Além das suas demandas de saúde, muitas pessoas trans procuravam os serviços de atenção especializada em busca de um laudo diagnóstico de disforia, exigido para a realização da retificação dos seus documentos. Com o **Provimento nº 73** da Corregedoria Nacional de Justiça, laudos que atestem transtornos mentais ou realização de cirurgia de redesignação sexual tornaram-se desnecessários, e sua apresentação é facultada à pessoa requerente.

A dissociação das experiências de transgeneridade de um diagnóstico reducionista é de suma importância tanto para a garantia da cidadania dessas pessoas, quanto para o avanço do movimento pela despatologização, melhoria do acesso e atendimento à saúde na perspectiva da integralidade, diversidade e respeito aos direitos humanos.

As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma

Leonardo Farias Pessoa Tenório, Marco Aurélio Máximo Prado

As experiências das transidentidades não se adequam no conceito de nenhuma patologia, muito menos de alguma psicopatologia, sobretudo porque é inviável e impossível estabelecer critérios diagnósticos coerentes com a realidade das diversidades das experiências das pessoas que vivem identidades trans. Isso significa que a lógica da patologização tem historicamente revelado muito mais o esforço da manutenção de hierarquias de saber e do poder científico como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral. O processo histórico da patologização e da psiquiatrização das transidentidades gera prejuízos de várias ordens às pessoas trans, negando a dignidade, a relativa autodeterminação e a possível autonomia sobre seus próprios corpos, pois entende a expressão da vida das pessoas trans como um conjunto de comportamentos psicopatológicos, reduzindo-os a estereótipos e descrições prescritivas homogêneas.

ARTIGO COMPLETO EM



<http://dx.doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175>

Os dois primeiros vídeos selecionados foram produzidos em anos anteriores às alterações referentes à retificação do registro de nascimento e anúncio da nova edição do CID-11, em que a transexualidade passa a ser considerada uma condição referente à saúde sexual.

Ainda assim, tais registros são bastante elucidativos, pois trazem as discussões a partir da perspectiva de pessoas trans.

O último vídeo, realizado após o anúncio da OMS, aborda a opinião pessoal e parte considerável do movimento de pessoas transgênero.



Especificidades da Saúde Trans

A **variabilidade de gênero** refere-se ao grau em que a identidade, o papel ou a expressão de gênero difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo, numa perspectiva binária. As identidades e expressões de gênero são **diversas**, e os hormônios e cirurgias são apenas duas das muitas opções disponíveis para ajudar as pessoas a se sentirem confortáveis consigo mesmas e com sua identidade, no contexto em que vivem. Muitas pessoas podem não experimentar o processo de afirmação da identidade como uma “transição” porque nunca adotaram totalmente o papel de gênero que lhes foi designado no momento do nascimento ou porque tornam realidade sua identidade, seu papel e sua expressão de gênero de uma maneira que não implica uma mudança de um papel de gênero a outro.

O processo de transição pelo qual algumas pessoas trans passam não se restringe ao seu aspecto estético e corporal; trata-se de uma experiência psicossocial altamente complexa que transforma seus ambientes e suas várias dimensões vitais: trabalho, vínculos, saúde, entre outros. Da mesma maneira, deve-se considerar que os tratamentos que visem às mudanças corporais não são meros procedimentos cosméticos ou estéticos, mas sim tratamentos que as pessoas trans demandam como parte de uma abordagem integral de sua saúde e como reconhecimento dos seus direitos. É fundamen-

tal desvincular o desejo de tais mudanças de um olhar patologizante, afinal, pessoas cisgênero submetem-se a procedimentos análogos a mesma maneira, sem que recaiam sobre elas tais julgamentos.

Pessoas trans apresentam especificidades em sua saúde como quaisquer outras pessoas, que dependerão de fatores como idade, sexo biológico, predisposição genética, uso prolongado de fármacos, cirurgias anteriores, alimentação, escolaridade, raça/etnia, etc. Muitos profissionais recusam-se a atender pessoas transgênero por diversos motivos, que vão desde a insegurança devido à falta de capacitação profissional e desconhecimento sobre o assunto até a prática deliberada de transfobia, que termina por concretizar atos de violência institucional e violação do direito à saúde. Os efeitos do preconceito e da discriminação podem levar ao isolamento e, em alguns casos, à falta de instrução. Esses são fatores significativos que dificultam o acesso, aumentando ainda mais a necessidade de intervenção curativa e reparadora para essa população.

A atenção básica, ou nível primário de atenção, cumpre um papel essencial na organização dos serviços de saúde e impacto na qualidade de vida de usuários e usuárias. A capacitação e sensibilidade de profissionais de saúde para o acolhimento humanizado de pessoas trans nos serviços é uma das demandas mais urgentes e efetivas para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.



O respeito ao **nome social**, nos casos em que não houve a retificação dos documentos, e o tratamento de acordo com o gênero autopercebido (feminino ou masculino, que se traduz no uso de pronomes, por exemplo) é conduta fundamental e inegociável no atendimento à população transgênero, e suas implicações incidem diretamente na vinculação ou não ao serviço. É necessária a orientação e sensibilização de todos os profissionais do estabelecimento de saúde sobre isso; a Educação Permanente é uma estratégia acessível e que deve ser ofertada continuamente, com a finalidade e o comprometimento de evitar e erradicar qualquer ato de transfobia.

Opções para apoio social e mudanças na expressão de gênero

- Recursos, grupos ou organizações comunitárias de apoio entre pares, pessoalmente ou online, que forneçam vias de apoio social e de promoção de direitos;
- Recursos de apoio para as famílias e amigos/as, pessoalmente ou online;
- Terapia de voz e comunicação para ajudar as pessoas a desenvolverem habilidades de comunicação verbal e não-verbal que facilitem o conforto com a sua identidade como gênero;
- Depilação através de eletrólise, tratamento com laser ou depilação com cera;

- Utilização de faixas peitorais, coletes compressores ou enchimento dos peitos, ocultação genital ou prótese de pênis, enchimento dos quadris ou glúteos;
- Alterações na expressão e no papel de gênero (que pode envolver viver tempo integral ou parcial em outro papel de gênero, de acordo com a identidade de gênero da pessoa);
- Mudanças de nome e do marcador de sexo nos documentos de identidade.

Opções de tratamento médico e psicológico para a transição de gênero

- Terapia hormonal para feminilizar ou masculinizar o corpo;
- Cirurgias para mudar as características sexuais primárias e/ou secundárias (por exemplo, seios/peito, genitais externos e/ou internos, características faciais, forma do corpo);
- Psicoterapia (individual, de casal, familiar ou grupal) para fins tais como explorar a identidade, o papel e a expressão de gênero; abordar o impacto negativo da disforia de gênero e o estigma na saúde mental; aliviar a transfobia internalizada; aumentar o apoio social e entre pares; melhorar a imagem corporal; ou promover resiliência.

Fonte: Adaptado de WPATH, 2012

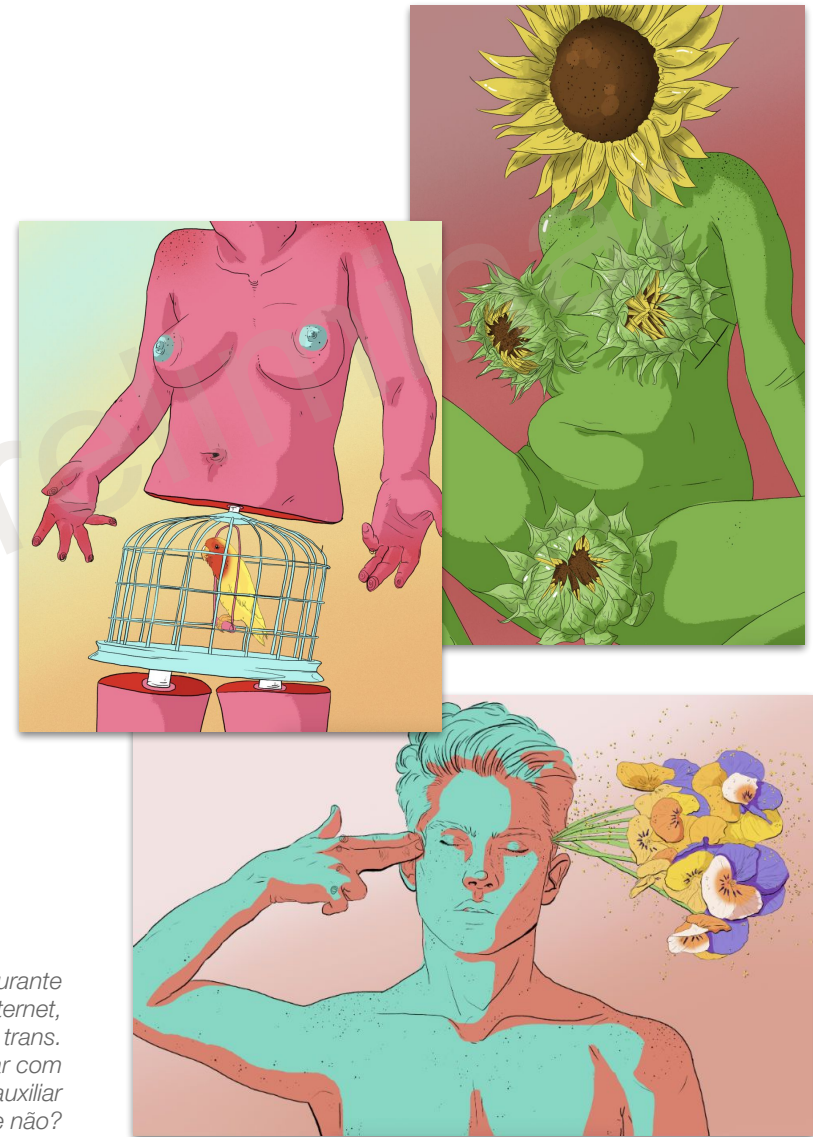
Disforia de Gênero

A **disforia** refere-se ao desconforto ou mal-estar causado pela discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e o sexo atribuído no nascimento, o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias. Somente algumas pessoas com variabilidade de gênero experimentam disforia de gênero em algum momento das suas vidas.

Existem tratamentos disponíveis para ajudar as pessoas com esse tipo de desconforto a explorar sua identidade de gênero; o tratamento deve ser **individualizado**, pois o que ajuda uma pessoa a aliviar a disforia de gênero pode ser muito diferente para outra. Este processo pode ou não envolver alteração da expressão de gênero ou modificações corporais.

Uma maior visibilidade pública e consciência da diversidade de gênero têm ampliado as opções para pessoas com disforia de gênero efetivarem uma identidade e encontrarem um papel e uma expressão de gênero que sejam confortáveis para elas (WPATH, 2012).

À direita: ilustrações do artista visual Jasper Behrends, feitas durante sua transição, ainda na adolescência. As imagens viralizaram na internet, e chamaram a atenção para a representatividade das vivências trans. Segundo o artista, desenhar foi muito importante para lidar com a ansiedade sofrida durante o período. Arteterapia para auxiliar o tratamento e abordagem da disforia, por que não?





Nutrição e Alimentação

A abordagem nutricional de pessoas trans possui particularidades relacionadas com diferentes aspectos psicossociais, dificuldades na valoração antropométrica devido às modificações corporais e aumento da prevalência de algumas disfunções ou patologias em consequência da hormonização.

Os homens trans que não passaram por mastectomia podem, intencionalmente, manter-se acima do peso para ocultar a aparência dos seios e quadris. As mulheres transexuais e travestis podem apresentar transtornos alimentares (como a anorexia), ou podem ingerir de intencional menos calorias e nutrientes que o necessário para manterem-se magras, uma vez que a hormonização pode provocar o aumento do peso.

A vulnerabilidade socioeconômica é um fator que dificulta a segurança alimentar e o acesso adequado e suficiente de alimentos, agravando o estado nutricional. Se o indivíduo possui um histórico familiar que predisponha ao desenvolvimento de determinadas doenças que podem se acentuar com a hormonização, a alimentação adequada cumpre um importante papel preventivo das mesmas. A dieta deve ser ajustada de acordo com a idade e níveis de atividade; vitaminas e outros complementos nutricionais podem ser recomendados com acompanhamento profissional, orientando evitar a automedicação.

Saúde Bucal

Ainda existe uma lacuna de informações sobre a saúde bucal de transexuais e travestis. Muitas vezes o elevado custo dos serviços odontológicos e/ou a dificuldade de acesso ocasionam a falta de tratamento adequado, levando a problemas de saúde bucal que impactam na autoimagem e na autoestima.

Os homens trans podem se queixar de sensibilidade, sangramento, inflamação e dor nas gengivas como efeito colateral do uso de testosterona. O uso de algumas substâncias como álcool, tabaco e outras drogas ilícitas, bem como as IST tornam ainda maior a probabilidade de desenvolver agravos na saúde bucal.

Para travestis e transexuais o autoexame da boca é muito importante, pois algumas pessoas desse grupo, na ânsia de acelerar os efeitos hormonais, acabam por tomar hormônios de forma indiscriminada e sem acompanhamento médico especializado, aumentando assim a possibilidade de desenvolver algum tipo de câncer.

Cuidado em saúde em relação ao diabetes

O rastreamento e tratamento do diabetes deve ser realizado de acordo com as diretrizes existentes, atentando-se para as

seguintes especificidades:

- para as mulheres transexuais e travestis que fazem uso de estrogênios recomenda-se a solicitação de um exame anual de glicose em jejum, nos casos de histórico familiar de diabetes e/ou um aumento de peso superior a 5kg. Considerar a diminuição de estrogênios nos casos em que a glicose seja de difícil controle, ou em que a usuária não possa perder peso;
- no caso dos homens trans, a partir do histórico clínico, deve-se considerar testes para detectar a síndrome de ovário policístico para aqueles que não realizaram ooforectomia.

Cuidado de saúde em relação às doenças cardiovasculares

O rastreamento e tratamento de doenças cardiovasculares deve ser realizado de acordo com as diretrizes existentes, atentando-se para as seguintes especificidades:

- na presença de doença coronária e/ou cerebrovascular em mulheres transexuais e travestis que tomam estrogênios, deve-se monitorar continuamente eventos ou sintomas cardíacos;

- no caso de hipertensão indica-se verificar a pressão arterial de um a três meses e considerar a utilização de espironolactona como parte do tratamento anti-hipertensivo;

Em relação aos níveis de lipídios, deve-se seguir as diretrizes usuais, entretanto, para os homens trans que fazem uso de testosterona, o perfil anual de lipídios deve ser feito anualmente, em jejum.

Outros cuidados em saúde

A presença de condições como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose e tabagismo podem impedir as intervenções cirúrgicas de redesignação sexual. A utilização de hormônios, com ou sem remoção dos ovários e dos testículos, pode ocasionar desequilíbrios endócrinos gerais, por isso a necessidade de acompanhamento contínuo.

Para mulheres transexuais e travestis que fazem uso de hormônios, recomenda-se o uso de suplementos de cálcio e vitamina D, conforme as atuais diretrizes de prevenção de osteoporose para ajudar a manter a densidade óssea.

Aos homens trans é recomendada a terapia com testosterona, mesmo após a ooforectomia ou histerectomia total, para reduzir o risco de perda da densidade óssea.



A retirada da transexualidade da classificação de doenças e o sofrimento psíquico

Beatriz Pagliarini Bagagli | 03/07/2018

Um dos aspectos talvez mais difíceis de serem discutidos quando falamos sobre a despatologização das identidades trans é sobre o sofrimento psíquico relacionado (ou não, aí entra a questão) ao corpo. (...) um aspecto muito importante sobre a mais recente retificação do CID, que retirou as identidades trans da classificação de doenças: ainda existem critérios diagnósticos para incongruência de gênero que estabelecem um sofrimento ligado ao corpo e uma “herança nosológica, na qual travestis e pessoas trans continuam tendo de apresentar (cl clinicamente, talvez) uma relação conflituosa com quem são”.

Antes de nos atermos mais especificamente sobre essa herança nosológica e a questão do sofrimento psíquico expressada pela noção de desconforto (ou ainda *“dislike with the one’s primary or secondary sex characteristics”*) ou incongruência de gênero, temos que ressaltar o avanço histórico que significa a retirada das identidades trans ao mesmo tempo em que há a inclusão de uma nova categoria, “incongruência de gênero”, para que as pessoas trans ao redor do mundo não fiquem desamparadas para o acesso de

cuidados médicos específicos, como cirurgias e acompanhamento de reposição hormonal. A própria categorização de “incongruência de gênero” na seção de “condições relacionadas à saúde sexual” demonstra um inegável avanço, pois novamente desassocia de questões referentes a transtornos ditos “mentais”. Posto isto, e portanto, entendendo a necessidade da existência de alguma categoria que salvasse as pessoas trans, podemos discutir outros aspectos mais sutis, que dizem respeito a como este documento entende e descreve o que seria uma “incongruência de gênero”, quais e como as noções de “desconforto” são mobilizadas e significadas neste documento e portanto como o “sofrimento” acaba sendo compreendido, mesmo que de forma mais ou menos implícita. Aí sim temos muito campo de discussão.

Existe uma ideia tácita de que o sofrimento psíquico é tanto causa como justificativa da transexualidade / travestilidade / identidades trans. Além disto, o sofrimento é visto tacitamente como uma espécie de justificativa absoluta para demandas de alteração corporal – o que podemos problematizar, aliás. Isso precisa ser abordado com muita cautela.

Primeiro, como entendemos a categoria de “sofrimento psíquico”. O sofrimento demanda, de uma forma geral, ser sanado. É uma ideia senso comum a respeito de qualquer tipo de sofrimento.

Mas quando falamos de sofrimento psíquico, é interessante pensar numa perspectiva que considere outros aspectos para além da necessidade de acabarmos com um sofrimento. É preciso que o sofrimento psíquico de uma pessoa seja reconhecido socialmente. É preciso que a voz de uma pessoa que sofre seja ouvida e que seu sofrimento ganhe inteligibilidade. Quando o sofrimento é compreendido (ou melhor: acolhido) intersubjetivamente, socialmente e institucionalmente a própria existência da pessoa que sofre ganha sentido. Daí essa pessoa vai poder existir para além das cercas limitantes do seu sofrimento. Isso não é exatamente a mesma coisa que sanar o sofrimento a qualquer custo, é saber ouvi-lo. A psicanálise, por mais problemática que ela tenha sido com as identidades trans, é capaz de mostrar esse tipo de “princípio”.

Reconhecer a existência do sofrimento psíquico relacionado ao corpo sempre foi uma faca de dois gumes para pessoas trans. Existe a crença disseminada de que existe um sofrimento quase essencial de pessoas transexuais que emanaria do próprio corpo, pelo fato de existirem características (lidas como “sexuais”, designadas frequentemente como caracteres sexuais primários e secundários) nos corpos

das pessoas transexuais que “depõem contra” suas identidades.

Embora o sofrimento que isto acarrete seja verdadeiro para muitas pessoas trans, pode nem sempre ser uma verdade fixa para todas as pessoas trans, não nos mesmíssimos termos, não nos mesmos termos que a cisgeneridade como um pensamento hegemônico nos vê e compreende. Nós pessoas trans não apenas sofremos e o corpo não é só e nem sempre motivo de sofrimento psíquico. O sofrimento que decorre do corpo não é critério necessário nem suficiente para determinar a identidade trans, tampouco é capaz de nos definir, tampouco somos capazes de definir uma única forma de sofrimento relacionado ao corpo.

Se, por um lado, o sofrimento foi mobilizado como forma de reconhecimento identitário, médico, social e jurídico e justificativa para alterações corporais ao longo do tempo do movimento trans, há de se reconhecer suas validades (e limitações), pois se trata da forma como pessoas trans puderam existir em contextos de adversidade. Apelar para o sofrimento como “justificativa” de nossas existências e demandas por acompanhamento médico não deve passar criticamente despercebida por nós, pois nos coloca em outra posição de vulnerabilidade.

Quando uma travesti é barrada pelos protocolos médicos de receber hormonioterapia por não desejar fazer uma cirurgia de



redesignação sexual, por exemplo. Esta travesti pode não estar sofrendo em virtude diretamente de UMA parte corpo (que é tida como central pelo pensamento cis), mas em virtude da própria noção excludente de sofrimento dos discursos médicos que desconsideram sua existência como legítima, como uma existência viável e plena de sentido (para boa parte do discurso médico hegemônico, não faria “sentido” tomar hormônios sem manifestar sofrimento pela genitália e demandar a cirurgia de redesignação). A travesti então poderá sofrer por não receber a hormonioterapia que precisa e demanda, ela sofrerá pelo fato de ter que arcar com a auto medicação em virtude de seu sofrimento nem ser reconhecido como sofrimento pelo discurso médico hegemônico.

Vejam só: pessoas podem sofrer justamente por não serem vistas como pessoas que sofrem o suficiente, por não se enquadrarem num modelo prévio que estabelece o que é um “sofrimento de verdade”. Como então reconhecer este “tipo” de sofrimento? Isso passa por uma reconfiguração do que se reconhece como sofrimento.

Por isso eu argumento que uma demanda por alteração corporal e acompanhamento médico não precisaria ser justificada tão somente pelo sofrimento que uma pessoa tem pelo próprio corpo ou por uma noção pré-concebida de sofrimento que não dê conta da singularidade e multiplicidade. Acreditar na ideia de que o sofrimento é o que nos define é potencialmente problemático, pois isso dá brechas a discurs-

os que visam “curar” a transexualidade de forma indireta.

(...) Ao se livrar do sofrimento de “outra forma”, que não pelas alterações corporais que pessoas trans demandam, a transexualidade é “curada” por vias indiretas. Por isso é importante superar o discurso do sofrimento absoluto. Isso não implica desconsiderar o sofrimento. O sofrimento psíquico vem de várias formas. Não existe uma única forma “codificável” pela qual simbolizamos nossos conflitos com nossos corpos, nem sempre nossos “conflitos” permanecem os mesmos, não existe uma única e fixa forma de “ler”, interpretar e reconhecer o sofrimento psíquico.

Paradoxalmente, o sofrimento deixa de ser algo passível de reconhecimento de um sujeito singular para se tornar critério diagnóstico excludente. Então se algumas pessoas trans não conseguem articular o discurso do sofrimento a partir dos critérios de inteligibilidade hegemônicos não são consideradas pessoas trans “de verdade”. É como se pessoas trans que não sofressem o “bastante” não tivessem razão o “suficiente” para serem o que reivindicam ser, o que é uma inversão perversa do princípio de reconhecimento e escuta do outro. Quando vamos nos aprofundar nestas questões sem criação de pânico morais?

TEXTO PUBLICADO ORIGINALMENTE EM



<https://transfeminismo.com/a-retirada-da-transexualidade-da-classificacao-de-doencas-e-o-sofrimento-psiquico/>



Saúde das Mulheres Transexuais e Travestis



O uso de hormônios por mulheres trans e travestis apresenta-se como uma demanda bastante elevada, uma vez que seus efeitos permitem a redução das características do sexo biológico e indução das características do gênero identificado.

A automedicação é prática recorrente, em grande parte pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo bastante frequente o uso de anticoncepcionais femininos, o que não é apropriado devido à fórmula específica e aos efeitos colaterais: a progesterona provoca a retenção de líquidos, hipertensão arterial, aumento de peso, mudança do perfil lipídico e estado depressivo. Ao acolher usuárias nestes casos, é necessário revisar os esquemas autoadministrados visando minimizar os riscos de complicações, aconselhando-as, encaminhando à atenção especializada e mantendo acompanhamento na atenção básica.

A hormonização adequada para mulheres trans e travestis combina fármacos de ação antiandrogênica, que inibem o efeito da testosterona endógena, com estrógenos que estimulam o desenvolvimento das características feminilizantes. Antiandrogênicos tornam-se desnecessários após a cirurgia de orquiectomia (retirada dos testículos). Conhecer tais medicamentos, sua administração e características é importante para o aconselhamento de usuárias com práticas de automedicação (ou que pretendem iniciá-lo), o que pode aumentar a capacidade de acolhimento e a clínica ampliada, auxiliando no manejo junto à atenção especializada e na redução dos danos à saúde, uma

vez que a hormonização é uma prática contínua que deve equilibrar e manter aceitável a relação de risco-benefício.

A interrupção da hormonização pode acontecer a qualquer momento, conforme o desejo da usuária, aparição de efeitos adversos e/ou comorbidades que contraindiquem seu uso, exceto nos casos de gonadectomia (retirada das gônadas), quando se mantém uma dose de manutenção para evitar o hipogonadismo e a osteoporose (para ambos os sexos biológicos, e com especial atenção às pessoas intersexo). Estrógenos devem ser interrompidos previamente à realização de cirurgias de maior porte e em casos de redução de mobilidade ou imobilidade por tempo prolongado, por conta do risco de tromboembolismo. Quando da interrupção dos estrógenos, os antiandrogênicos também devem ser interrompidos, uma vez que atuam nos níveis de testosterona endógena.

Antiandrogênicos

Acetato de Ciproterona

Característica: progestágeno com efeito inibidor do hormônio luteinizante (LH) e testosterona testicular.

Administração: oral **Esquema:** diário

Dose inicial: 50 mg **Dose máxima:** 100 mg

Precauções: diabetes

Contraindicações: hipersensibilidade, hepatopatias, presença ou antecedentes de tumores hepáticos, enfermidades caquéticas (exceto carcinoma de próstata hormonodependente),

depressão crônica grave, presença ou antecedentes de processos tromboembólicos, diabetes grave com alterações vasculares, anemia falciforme, presença ou antecedente de meningioma, síndrome de Dubin-Johnson e síndrome de Rotor

Efeitos adversos: fadiga e adinamia, cefaleia, náuseas, vertigem, aumento ou diminuição de peso, diminuição da libido, inibição reversível da espermatogênese, disfunção erétil, estado de ânimo depressivo, intranquilidade, dispneia, sufocamento, hepatotoxicidade, eventos tromboembólicos

Interações medicamentosas: pode alterar a dose requerida de antidiabéticos orais e insulina, ao diminuir seu efeito hipoglicemiante; pode afetar a eficácia de anticoagulantes orais, fibratos, anti-hipertensivos e antidepressivos; o uso concomitante com estatinas pode aumentar o risco de miopatia ou rabdomiólise; pode intensificar a ação de glucocorticoides e, teofilina e diazepam; sua eficácia pode diminuir com o consumo de álcool.

Espironolactona

Característica: diurético que inibe a recepção da testosterona, melhora a retenção hídrica causada pelos estrógenos; recomenda-se o aumento gradual da dose

Administração: oral **Esquema:** diário

Dose inicial: 50 mg **Dose máxima:** 200 mg

Precauções: diabetes e hepatopatias

Contraindicações: hipersensibilidade, insuficiência renal aguda ou deterioração significativa da função renal, hiperpotassemia, doença de Addison

Efeitos adversos: diarreia, náuseas e vômitos, cefaleia, sonolência, hipotensão arterial, hiperpotassemia e hiponatremia, disfunção erétil

Interações medicamentosas: o uso concomitante com inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas do receptor de angiotensina II, heparina, suplementos potássicos e/ou medicamentos que possuem potássio na formulação (como penicilina G) pode aumentar o risco de hiperpotassemia, especialmente nos casos de insuficiência renal; pode alterar os resultados de exames de níveis de digoxina, produzindo falsos resultados; pode apresentar efeitos aditivos com outros anti-hipertensivos ou diuréticos, embora este possa ser um efeito desejável em alguns casos, em outros pode estar associado ao desenvolvimento de hipotensão ortostática.

Finasterida

Característica: análogo sintético da testosterona, embora possua um efeito antiandrogênico menor, seu uso apresenta efeitos benéficos na prevenção da calvície

Administração: oral **Esquema:** diário

Dose inicial: 2,5 mg **Dose máxima:** 5 mg

Precauções: insuficiência hepática

Contraindicações: hipersensibilidade

Efeitos adversos: diminuição da libido, disfunção erétil, transtorno da ejaculação, estado de ânimo depressivo

Interações medicamentosas: não se identificou interações farmacológicas de relevância clínica

Estrógenos

Para a hormonização de mulheres trans e travestis, se requer doses de estrógenos 2 a 3 vezes maiores às recomendadas em terapias de reposição hormonal para mulheres pós-menopausa. O *17-beta estradiol* é o estrógeno de primeira eleição, com administração recomendada segundo o perfil:

Oral (valerato de estradiol): para pessoas com menos de 40 anos, sem fatores de risco. Dose diária inicial de 2 mg, com aumento gradual até o máximo de 6 mg/dia.

Transdérmico: para pessoas com mais de 40 anos, fumantes, diabéticas, com enfermidade hepática e/ou alto risco de tromboembolismo. Na apresentação em gel, recomenda-se dose inicial de 0,75 mg a cada 12 horas (1,5 mg/dia, 2,5 gr/gel) nos pulsos, chegando a 1,5 mg a cada 12 horas (3 mg/dia, 5 mg/gel). Os parches recomendados para as doses iniciais são aqueles que liberam doses diárias de 50 mcg, trocados a cada 3 ou 4 dias (100 mcg/semana), podendo ser trocados para os parches de 100 mcg, não ultrapassando a dose de 400 mcg/2 vezes por mês (bimensal)

Precauções: obesidade mórbida, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias não controladas, varizes moderadas a severas, enxaqueca, litíase biliar

Efeitos adversos: cefaleia, dor abdominal, náuseas, mudanças

de humor, diminuição da libido, doença tromboembólica, doença cardiovascular e cerebrovascular, retenção de líquidos, edema, hiperprolactinemia, disfunção hepática, litíase biliar, enxaqueca, infertilidade, câncer de mama.

Deve-se **evitar** a forma etinil-estradiol pois aumenta em 20 vezes o risco tromboembólico, e 3 vezes a mortalidade cardiovascular. Recomenda-se altamente a **interrupção** dos hábitos tabagistas para evitar risco cardiovascular e tromboembólico.

As principais **contraindicações** para o uso de estrógenos incluem: eventos tromboembólicos prévios, estado de hipercoagulabilidade subjacente, histórico de neoplasias estrógeno-dependentes, doença hepática crônica em fase terminal.

Precauções que se deve ter, ao iniciar a estrogenoterapia, em relação às condições de: doenças cardíacas, antecedentes familiares de coagulopatias, tabagismo, histórico de hipertensão intracranial benigna, síndromes metabólicas, enxaqueca refratária ou focal, transtorno convulsivo, forte histórico familiar de câncer de mama e antecedente familiar de porfíria.

As interações medicamentosas do estradiol incluem a redução de sua eficácia junto a antiepiléticos e alguns antirretrovirais. Em relação aos últimos, seu uso concomitante pode potencializar o risco de hepatotoxicidade, complicações trombóticas e alterações metabólicas. Diminui a eficácia de anticoagulantes e antidiabéticos orais, eleva a concentração de algumas ben-

zodiazepinas, pode requerer a adequação da dose em tratamentos de levotiroxina, e pode aumentar os efeitos tóxicos de corticosteroides, uma vez que pode aumentar o tempo necessário para sua eliminação.

Os efeitos da hormonização combinada de estrógenos e anti-andrógenos são observáveis, em média, ao longo do seguinte tempo:

Efeito	Início	Máximo efeito
Redistribuição da gordura corporal	3-6 meses	2-5 anos
Diminuição da massa muscular/força	3-6 meses	1-2 anos
Suavização da pele/diminuição da oleosidade	3-6 meses	desconhecido
Diminuição da libido	1-3 meses	1-2 anos
Diminuição das ereções espontâneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunção sexual (genital)	variável	variável
Crescimento mamário	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição do volume testicular	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da produção de esperma	variável	variável
Perda e crescimento do pelo corporal e facial	6-12 meses	> 3 anos
Calvície de padrão masculino	sem rebrote, perda se detém 1-3 meses	1-2 anos

Fonte: Adaptado de WPATH, 2012; Endocrinology Society, 2009

Exames para acompanhamento e evolução de mulheres trans e travestis em hormonização

Exame iniciais	Exames de evolução	Objetivo
Testosterona	Testosterona	< 55 ng/dl
Prolactina	Prolactina	< 25 ng/ml
Estradiol	Estradiol	< 200 pg/ml
Hemograma Compl.	Hemograma Compl.	
Glicemia	Glicemia	
Colesterol Total	Colesterol Total	
Colesterol HDL	Colesterol HDL	
Triglicerídeos	Triglicerídeos	
Creatinina (dosagem)	Creatinina (dosagem)	
Ureia	Ureia	
TGO	TGO	risco se > 3x**
TGP	TGP	risco se > 3x**
Gama GT	Gama GT	risco se > 3x**
Cálcio (dosagem)	Cálcio (dosagem)*	
Magnésio (dosagem)	Magnésio (dosagem)*	
Potássio (dosagem)	Potássio (dosagem)*	
Sódio (dosagem)	Sódio (dosagem)*	
TSH	-----	
LH e FSH	-----	

* nos casos de uso de espironolactona

** em relação aos valores considerados normais

No início da hormonização, exames devem ser repetidos a cada 3 meses durante o primeiro ano, e semestralmente a



partir do segundo ano. Caso se apresentem níveis elevados de prolactinemia, reduzir a dose hormonal ou mesmo suspender temporariamente seu uso. Caso persista elevada, mesmo com a interrupção, é aconselhável o encaminhamento à atenção especializada para uma avaliação neuroendocrinológica, a fim de descartar a presença de prolactinoma. Tais níveis costumam se apresentar elevados em usuárias com uso automedicado de anticoncepcionais; recomenda-se a substituição do medicamento e acompanhamento.

Deve-se registrar as mudanças nos caracteres sexuais e aparecimento de efeitos adversos e colaterais, orientando a usuária em relação a eventos tromboembólicos, hiperprolactinemia, depressão (nos primeiros 6 meses de hormonização), mudanças nos genitais e aspectos da sexualidade e dislipidemia. Aferir o peso corporal, medidas abdominais, valoração cardiovascular, pressão arterial, presença de edemas.

Exames sorológicos relativos a hepatites e HIV também são bastante importantes, em virtude das interações medicamentosas. O tratamento de HIV não é uma contraindicação para a terapia hormonal, sendo a redução da carga viral e sua manutenção em condição indetectável os objetivos prioritários.

Pesquisadores apontam que a hormonoterapia, no contexto da atenção ao HIV melhora o compromisso e a adesão ao tratamento. Considerando que mulheres transexuais e travestis fazem parte das populações-chave para o

enfrentamento à epidemia, a oferta e acolhimento de atenção adequada às suas demandas específicas em saúde, incluso a hormonização com acompanhamento, são essenciais.

Silicone

Muitas mulheres transexuais e travestis (e mesmo mulheres cisgênero) utilizam-se de procedimentos estéticos para enchimento de tecidos moles, com finalidade de alterar a forma de suas mamas, nádegas, pernas, lábios, bochechas ou outras partes do corpo.

Algumas, por não terem recursos, recorrem a outros métodos como a injeção de silicone líquido industrial e uma variedade de outras substâncias, muitas vezes administrados em ambientes inadequados e por pessoal não qualificado. Ainda que o período de adaptação e recuperação da inserção de silicone líquido seja relativamente longo e trabalhoso, pois envolve a modelagem com bandagens, técnicas de compressão e repouso, os resultados estéticos são rápidos, o que explica seu uso até os dias atuais, mesmo com os riscos que apresenta. A *passabilidade* e atratividade também são fatores influentes, sobretudo para aquelas que realizam trabalho sexual como forma de sobrevivência e sustento.

A prática de injetar silicone industrial e/ou outras substâncias pode ter graves consequências como úlceras, celulite, migra-

ção dos produtos, cicatrizes, abscessos, infecções, embolia pulmonar, hepatites granulomatosa e a insuficiência renal aguda. Complicações sistêmicas, como inflamações crônicas, reações autoimunes e carcinomas podem ocorrer, e a abordagem terapêutica se limita ao manejo com a administração de antiinflamatórios não esteroides e/ou corticoides, recomendando-se **não utilizar** corticoides de aplicação local por períodos prolongados, a fim de evitar a atrofia cutânea. Não se aconselha intervir cirurgicamente, devido ao alto risco de morbidade e complexidade.

Em circunstâncias em que é necessária a administração de medicamentos por via intramuscular, é importante perguntar se a usuária fez uso de silicone ou outras substâncias no local pretendido para a aplicação (geralmente a região dos glúteos). Considerando que não haverá a ação farmacológica esperada caso se aplique em local onde houve preenchimento, é preciso adequar o manejo a partir das informações obtidas: esta conduta é recomendada quaisquer forem as identidades de gênero, cis ou trans, sem pressuposições.

Intervenções cirúrgicas

O implante de silicone nas mamas (mamoplastia), a redução do pomo-de-Adão e pregas vocais (tireoplastia), e a cirurgia de redesignação genital são procedimentos previstos no processo transsexualizador pelo SUS, sendo realizado nos

serviços habilitados na modalidade hospitalar. A usuária que demandar por tais procedimentos deve solicitar na atenção básica o encaminhamento para a atenção especializada, dentro do protocolo para o processo transsexualizador.

A técnica mais utilizada na construção da neovagina (neocoloplastia) no SUS consiste na inversão peniana, em que a pele do pênis é usada para formar o canal vaginal, e os pequenos e grandes lábios formados a partir da pele do saco escrotal. O pré-operatório implica em alguns procedimentos preparatórios, como a depilação a laser, e utilização de dilata-dores vaginais nos primeiros meses do pós-operatório. A demanda crescente e a oferta insuficiente de serviços habilitados influenciam no tempo de espera; pessoas com maior condição financeira fazem o procedimento de maneira particular, algumas até mesmo em outros países, como a Tailândia, local muito conhecido por realizar estes procedimentos. Existem experiências de pacientes de casos cirúrgicos particulares mal sucedidos que procuram o SUS: os mesmos devem ser acolhidos e encaminhados à atenção especializada, de acordo com o fluxo previsto para o processo transsexualizador.

Câncer

Recomenda-se os cuidados relativos ao câncer de mama e câncer de próstata de acordo com as diretrizes atuais. A próstata não é retirada nas intervenções cirúrgicas de redesignação genital, devendo ser mantidos os exames periódicos.



Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'!

Magnor Ido Mullerl, Daniela Riva Knauth

Estigmatizadas por não corresponderem ao padrão hegemônico segundo o qual sexo e gênero devem necessariamente coincidir, as travestis constituem um grupo social que não tem garantido o exercício de sua cidadania. Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar a percepção, os sentimentos e as dificuldades enfrentadas pelas travestis para terem acesso aos serviços de saúde e serem atendidas de forma igualitária aos demais segmentos da população.

[...] Qualificar os profissionais da saúde, aproximá-los desse segmento social e transformar o conceito social de "certo" e "errado", além de desmistificar a idéia de que a travesti está inevitavelmente associada à violência e à promiscuidade, parecem medidas necessárias para que esta exerça sua cidadania. Há, portanto, necessidade de um trabalho conjunto entre profissionais de saúde, Estado e sociedade que objetive reduzir os danos causados pelo estigma e a discriminação.

ARTIGO COMPLETO EM



<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512008000200002>





Saúde dos Homens Transexuais



As possibilidades de recursos disponíveis para conferir características consideradas masculinas em homens transexuais envolvem o uso de órteses, hormonização e alguns procedimentos cirúrgicos, como a retirada das mamas. A transexualidade masculina, em uma sociedade profundamente marcada pelo machismo e sexismo, é certamente uma vivência complexa e ainda bastante invisibilizada.

E tal como acontece com as travestis - que vivenciam uma identidade de gênero feminina, mas não se reconhecem como “mulheres”, há pessoas que, nascidas com o sexo biológico feminino, se reconhecem no espectro das masculinidades, vivenciam a identidade de gênero masculina mas não se reconhecem enquanto “homens”, denominando-se como pessoas *transmasculinas*. Tais identidades escapam ao binarismo de gênero, às categorias homem/mulher.

Órteses

O uso de artigos específicos às identidades transmasculinas é frequente, como faixas compressivas e *binders*, com a finalidade de esconder as mamas e conferir maior passabilidade. O uso prolongado desses artefatos, assim como a intensa compressão, pode causar danos à pele como assaduras e dermatites e até mesmo a necrose, além do desconforto respiratório. Recomenda-se intercalar os períodos de uso, evitando a utilização durante o sono, por exemplo. Muitos homens trans

empurram as mamas para baixo ao usar binders e coletes, com a finalidade de alcançar um resultado estético melhor. Tal modo de uso é prejudicial sobretudo quando se pretende a realização da mastectomia, já que uma melhor estrutura da pele está diretamente relacionada com os resultados cirúrgicos. Orienta-se a compressão das mamas em direção à caixa torácica, evitando esticar e deformar a pele e preservando a circulação sanguínea.

Packers são órteses com finalidades que vão desde a simulação de volume genital, auxiliar na micção e em relações sexuais. A higiene adequada é fundamental para evitar o desenvolvimento de microorganismos que possam causar irritações na pele, vulva e outras infecções ginecológicas.



Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?

Ministério da Saúde, 2017

Hormonização em homens transexuais

A terapia hormonal em pessoas transmasculinas tem resultados mais rápidos e significativos, se comparada em relação às pessoas transfemininas: os primeiros resultados aparecem nos primeiros 2 a 3 meses iniciado o tratamento.

As vias de administração da testosterona de primeira eleição podem ser intramuscular ou transdérmica, de acordo com os fatores de risco, efeitos colaterais e momento da hormonização. Deve-se **evitar** as formas orais dos derivados de testosterona (metiltestosterona, oxandrolona, danazol), por seu efeito hepatotóxico.

Orienta-se o início da hormonização com testosterona gel 1%, com dose inicial de 5 g/dia até o máximo de 10 g. No formato parche, a dose inicial é de 2,5 mg até o máximo de 10 mg.

O uso intramuscular compreende os ésteres de testosterona enantato e cipionato e podem ser aplicados quinzenalmente, em doses de 250 mg. O undecanoato de testosterona é aplicado trimestralmente em doses de 1000 mg.

As contraindicações **absolutas** para o uso de testosterona incluem: gravidez e amamentação, doença coronária instável, policitemia não tratada com hematócrito de 55% ou mais, hepatopatia severa, cânceres hormonodependentes (mama, útero).

As contraindicações relativas incluem: dislipidemia, apneia obstrutiva do sono, enxaqueca refratária, hipertensão descontrolada, tabagismo intenso, doença pulmonar crônica, epilepsia, insuficiências cardíaca, renal, hepática e obesidade.

Devem ser observados os seguintes efeitos adversos, com a finalidade de ajustar a dose, ou mesmo suspender a hormonização: acne e pele oleosa, diarreia, artralgias, cefaleia, aumento de peso, policitemia, icterícia colestática, alterações do perfil lipídico, retenção de líquidos, edemas e aumento da pressão arterial, flutuações emocionais, indução ou piora da apneia obstrutiva do sono, disfunção hepática e síndrome de ovário policístico. Antes do início da hormonização deve ser realizada uma avaliação ginecológica bastante cuidadosa.

Podem ocorrer o aumento dos riscos de sintomas em pessoas com transtornos psiquiátricos subjacentes, tais como hipomania, mania ou psicose, por isso é importante avaliar a rede de apoio psicossocial da pessoa.

As interações medicamentosas da testosterona incluem: aumento da ação de anticoagulantes orais e drogas de ação hipoglicemiante, como a insulina; diminuição de sua eficácia junto aos fármacos indutores de enzimas microsossomais hepáticas. Deve-se evitar o uso simultâneo com bupropiona.

Exames para acompanhamento e evolução de homens trans em hormonização

Exame iniciais	Exames de evolução	Objetivo
Testosterona	Testosterona	entre 300 e 700 ng/dl
Prolactina	Prolactina	< 25 ng/ml
Estradiol	Estradiol*	< 50 pg/ml
Hemograma Completo	Hemograma Completo	interromper ou diminuir se hematócrito > 55% hemoglobina > 17 mg/dl
Glicemia	Glicemia***	
Colesterol Total	Colesterol Total	
Colesterol HDL	Colesterol HDL	
Triglicerídeos	Triglicerídeos	
Creatinina	Creatinina	
Ureia	Ureia	
TGO	TGO	risco se > 3x**
TGP	TGP	risco se > 3x**
Gama GT	Gama GT	risco se > 3x**
Colpocitologia oncológica		
TSH		
LH e FSH		

*necessário apenas nos primeiros 6 meses, até que cesse a menstruação

** em relação aos valores considerados normais

*** incluir HbA1c se paciente diabético

Recomenda-se ecografia ginecológica a cada 1-2 anos, mamografia de acordo com recomendações de risco intermediário, citopatológico recomendado para a população em geral, e densitometria óssea para pacientes gonadectomizadas e com fator de risco para osteoporose

Os exames devem ser repetidos a cada 3 meses no primeiro ano, e semestralmente ou anualmente a partir do ano seguinte. Nos casos de utilização de enantato ou cipionato intramuscular, os exames sanguíneos se realizam na metade do período compreendido entre duas aplicações. Se a forma utilizada for o undecanoato, as concentrações de testosterona são aferidas antes da aplicação seguinte; por via transdérmica, os níveis podem ser medidos a qualquer momento a partir da primeira semana de uso. A menstruação deve cessar antes do quinto mês; em caso negativo, aumentar a dose.

Os efeitos observáveis, de acordo com o tempo, são:

Efeito	Início	Máximo efeito
Oleosidade da pele/acne	1-6 meses	1-2 anos
Crescimento do pelo facial/corporal	3-6 meses	3-5 anos
Alopecia androgênica	> 12 meses	variável
Aumento da massa muscular/força	6-12 meses	2-5 anos
Redistribuição da gordura corporal	3-6 meses	2-6 anos
Fim da menstruação (amenorreia)	2-6 meses	persistente
Aumento do clitóris	3-6 meses	1-2 anos
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 anos
Engrossamento da voz	3-12 meses	1-2 anos

Fonte: Adaptado de WPATH, 2012. Endocrinology Society, 2009

Nas consultas, aferir o peso corporal, medidas abdominais, valoração cardiovascular, pressão arterial e presença de edema; realizar exames mamário e genital. É importante conversar com o usuário sobre os efeitos adversos e seu impacto na qualidade de vida, os efeitos desejados com o tratamento hormonal e os possíveis colaterais: policitemia, acne, dislipidemia, resistência à insulina, alterações hepáticas, eventos cardiovasculares e tromboembólicos, mudanças nos genitais, desejo sexual e infertilidade. É importante saber sobre suas práticas sexuais, em especial sexo vaginal receptivo: o ressecamento vaginal e a atrofia podem provocar dispaurenia, logo, deve-se orientar para o uso de lubrificantes e preservativos.

Intervenções cirúrgicas

A retirada do útero, ovários e fechamento do canal vaginal (histerectomia, ooforectomia e colpectomia) são procedimentos demandados por alguns homens trans: tais cirurgias, principalmente a histerectomia e colpectomia, são consideradas de grande porte. Uma vez que se decide por realizá-las, é altamente aconselhável que sejam feitas na mesma ocasião, uma vez que os órgãos retirados são bastante vascularizados e a perda de sangue é intensa, o que requer transfusão sanguínea e recuperação cuidadosa. Quando se opta também pela mastectomia masculinizadora, tais intervenções podem ser realizadas na mesma ocasião.

A neofaloplastia (construção de um pênis através de cirurgia plástica) ainda é considerada experimental, logo, é realizada apenas em hospitais universitários com disponibilidade para tal, com a finalidade de pesquisa e aprimoramento.

A metoidioplastia (também chamada de ortofaloplastia) consiste na construção de um falo a partir do clitóris que se desenvolveu pela hormonização com testosterona, originando um órgão com 5 a 7 cm, erétil e com sensibilidade preservada. Resultados mais favoráveis à esta intervenção tem sido obtidos, em relação à neofaloplastia. Cirurgias complementares à metoidioplastia podem ser realizadas, tais como o reposicionamento da uretra e escrotoplastia (construção do escroto, demandando a histerectomia e colpectomia).

Fertilidade

Homens transexuais com os órgãos reprodutivos preservados podem engravidar, a partir do momento que interrompam o uso de testosterona e voltem a ovular. Durante a gestação não devem voltar a hormonizar-se, para que não comprometam o desenvolvimento fetal. A amamentação é igualmente possível, e os cuidados com a gravidez são os mesmos em relação às mulheres cisgênero.

Há homens trans que decidem primeiramente gerar filhos biológicos para, depois, realizar as intervenções cirúrgicas.

Deslocamentos subjetivos das transmasculinidades brasileiras contemporâneas

João Walter Nery, Eduardo Meinberg de Albuquerque Maranhão Filho

O objetivo deste artigo é identificar perspectivas e microconcepções das transmasculinidades, apresentando informações acerca de um segmento tão pouco conhecido [...]. Dentro do vasto espectro das transmasculinidades que surgem, destacam-se aquelas independentes das adaptações corporais e as aglutinadoras de identidades não-binárias, que são parcialmente invisibilizadas nos ativismos e na própria comunidade transmasculina. Esse é um dos maiores desafios que os transhomens enfrentam em uma de suas organizações, o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT): o fato de habitarem um entre-lugar.

Por um lado, ao reivindicarem e ressignificarem masculinidades, os transhomens são entendidos como aspirantes a privilégios machistas. Por outro, essas masculinidades não são reconhecidas e sofrem diretamente a opressão machista: seus corpos são lidos como estupráveis e seguem marcados pela tutela e controle que caracterizam a relação da sociedade com os corpos das mulheres. Isso impacta diretamente tanto a construção da identidade de gênero e modificações corporais quanto à vivência da sexualidade, ao desejo e à vida social.

ARTIGO COMPLETO EM

<http://dx.doi.org/10.9771/peri.v1i7.22279>

AUDIOVISUAL





Determinantes Sociais

Transfobia e Violência



As dificuldades enfrentadas por pessoas transgênero são estruturais, e abarcam direitos humanos fundamentais: identidade, educação, trabalho, saúde, habitação. A somatória das vulnerabilidades e maior exposição às formas de violência, discriminação e exclusão social afetam, inclusive, seu direito à vida. Os dados compilados pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos são contundentes: 80% da população trans na América Latina morre antes dos 35 anos.

Além disso, não conseguir viver de acordo com o gênero autoidentificado é uma fonte de sofrimento considerável, e a rejeição e os maus tratos vivenciados desde a infância, perpassando todas as instituições, da família à escola, nos serviços de saúde e no mundo do trabalho, empurram a população trans para as margens das relações sociais, reforçando estigmas e constituindo a violência estrutural que marca a experiência de vida de pessoas transgênero.

É preciso reconhecer que as condições que determinam tão baixa expectativa de vida e maior exposição aos agravos à saúde, além das possibilidades reduzidas de trabalho, renda e moradia, não fazem parte do escopo das escolhas individuais deste grupo. O impacto negativo que os discursos médicos e religiosos, em sua interface com o Estado, são de tamanha dimensão que as possibilidades de intervenção terapêutica para os casos graves de transtornos mentais (causados por este conjunto de fatores) jamais conseguirão superar os malefícios causados pelo estigma e discriminação.

De Jesus (2013) propõe a seguinte análise, para detalhar as interfaces das vivências trans:

A categorização da população transgênero na cultura brasileira contemporânea pode ser descrita a partir de 6 (seis) dimensões: biológica (relativa ao sexo biológico); identitária (referente ao gênero com o qual a pessoa se identifica); clínica tradicional (visão ortodoxa, relacionada à nomeação dada por profissionais de saúde a partir do modelo patologizante); clínica identitária (visão nova e ainda heterodoxa, decorrente da apropriação da visão identitária sobre gênero pela clínica, que assume um papel inclusivo para as pessoas transgênero); laboral (decorrente da aproximação atribuída socialmente a determinados grupos profissionais); e política (consequente da identificação da pessoa com o gênero e a busca por uma desvinculação ao modelo patologizante).

Em relação à categorização profissional, a autora alerta que, até 2011, o termo travesti era aludido como sinônimo de prostituição no Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO). O fato de cerca de 90% da população trans feminina encontrar-se em espaços e condições precárias de trabalho sexual refletem a marginalidade com que essas pessoas foram tratadas ao longo do tempo, e desde muito cedo em suas vidas.

O não reconhecimento de suas identidades pelo aparato estatal e as reverberações disso na vida social de travestis e transexuais relegou tais pessoas à condição de sujeitos de categoria inferior - conceito este problemático por si só, excludente e que nega os marcos civilizatórios preconizados pelos

direitos humanos, empurrando tais indivíduos à condição de *não-sujeitos*, condicionados à invisibilidade.

Em relação à mortalidade de pessoas trans, segundo as compilações dos casos noticiados na mídia (outro reflexo de uma epidemiologia que não as percebe), o padrão das mortes revela a existência dos crimes de ódio motivados por transfobia: a maioria dos assassinatos ocorre nas ruas em condições de extrema violência, emergindo as causas por alvejamento, esfaqueamento, espancamento e apedrejamento. Múltiplos autores também caracterizam tais mortes, configurados como linchamentos em local público, sem intervenção da segurança pública em tempo oportuno. Atravessam essas descrições de barbárie fatores como raça/cor e condição socioeconômica, diante das quais emerge a questão: como e por que, em crimes com tais características, ninguém nada vê?

A região da América Latina responde por fração considerável das mortes de pessoas trans: segundo a ONG Transgender Europe, que monitora os assassinatos de pessoas trans no mundo, percentuais sempre foram acima dos 75%. O Brasil, dentre os países, responde por cerca de 40% das mortes, mantendo-se como o país que mais mata transexuais no mundo. Tais crimes não recebem, por parte do Estado brasileiro, a atenção devida tanto em relação às investigações quanto à punição, o que possibilita a perpetuação de tais práticas sob o pacto coletivo da impunidade.

O movimento trans não exagera quando se refere a esta realidade como um *genocídio*, uma vez que as características que configuram o massacre em larga escala de grupos populacionais, segundo critérios definidos pela Organização das Nações Unidas, estão claramente presentes, para além dos números absolutos de mortes, ainda que subnotificados.

Diante de tal cenário, fica a questão: de que maneira o setor saúde, reconhecendo tamanhas iniquidades, é capaz de se organizar e dar uma resposta efetiva ao problema que, em sua essência, civilizatório?



Vidas trans importam



Cicatrizes compartilhadas: como é viver na rua sendo mulher trans

Fernanda Canofre | 14/11/2017

Ninguém chega à rua da noite para o dia. Ela, geralmente, é o produto final de um enredo que levou anos, meses, dias para se desenrolar. O de M. começou quando precisou sair de casa para ser M. Ela tinha dezessete anos e seis meses. Fez as malas na casa dos pais, em Rio Grande, e partiu com destino a Caxias do Sul. Não conseguia mais responder pelo nome que estava na certidão de nascimento, nem pelo pronome masculino. A mãe deu de presente o primeiro sutiã da filha. O pai, porém, não estava preparado para entender a transição. Por isso, ainda que a família dissesse que podia ficar, ela sabia que precisava ir.

Na cidade nova, a 436 km de casa, M. ganhou corpo de M. Colocou silicone, deixou o cabelo crescer, começou a tomar hormônios, mudou a voz. Para bancar o tratamento, a comida e uma cama de hotel, começou a trabalhar com prostituição. Profissão a qual 90% das mulheres trans do Brasil recorrem para sobreviver, segundo dados da ONG Transrevolução. Quando Caxias já não parecia o lugar certo, partiu outra vez. Por alguns anos, seu endereço foi o interior de Santa Catarina, mudando de uma cidade para outra, até voltar ao Rio Grande do Sul e parar em Porto Alegre.

M. conta que trabalhando nas ruas, o uso ocasional de drogas foi ficando cada vez mais frequente. Em Porto Alegre, o dinheiro da prostituição na noite era mais fácil, o cara que vendia estava mais próximo. Era lei de mercado: oferta e consumo. “Até que chegou um momento que não consegui mais. Não consegui mais pagar hotel, não consegui mais me estabilizar. Vou para onde? Fui para a situação de rua. Ficava uns dias na rua, ficava uns dias no albergue. Depois disso, nunca mais consegui me organizar ou conseguir uma casa. Sempre nesse processo de sobe e desce”.

No dia em que M. senta em uma sala do centro de Porto Alegre para contar sua história, o sobe e desce já leva mais de dez anos. “Como é que eu cheguei na rua?”, ela repete para si mesma a pergunta que abriu a conversa. “A gente está aqui pra falar sobre as dificuldades que a mulher trans passa na rua. Pra mim, foi sempre meio que tranquilo, sabe?”, diz ela explicando que “a galera da rua” aprendeu a respeitar mulheres trans e travestis.

O “meio que tranquilo”, no entanto, vem acompanhado de uma série de “mas”, que ela vai emendando à afirmativa, en-

entrando em contradição, sem perceber. “Acho que pra homem a acessibilidade e aceitação é maior”. Apesar de viverem as mesmas condições, M. reconhece que certas coisas que acontecem a uma mulher como ela, em situação de rua, homens nunca terão de passar. “No início é bem difícil. Comer é uma coisa bem difícil. Porque é diferente de um menino chegar e bater palma em uma casa, dialogar e pedir um rango. É diferente o olhar das pessoas, chegar uma trans, bater [na casa] e ‘pô, uma trans’. O olhar das pessoas é outro. Essa é uma das dificuldades. O preconceito é grande. Principalmente, com as trans em situação de rua”.

‘Acham que tu é um objeto’

Os relatos mais recorrentes entre mulheres em situação de rua, tanto entre cisgêneros – aquelas que se identificam com o gênero com o qual nasceram – quanto entre trans e travestis, são de assédio e abuso. “Acham que tu vai fazer tal coisa, porque tu está sozinha e está vulnerável na rua. Como se tu fosse obrigada a fazer [qualquer coisa]”, diz S., amiga de M., também uma mulher trans. “Acham que por tu ser trans e por estar na rua, tu é um objeto e tem que ser usado porque está naquela situação. Já tive que bater boca e me pegar com muita gente na rua, por achar que ele vai chegar e fazer o que bem entende. Não é assim!”, complementa M.

Por acharem tudo isso, M. diz que já foi “forçada” a fazer coisas que não queria. Ela não usa a palavra que configura o

crime – estupro. “Foi a pior coisa da minha vida. O cara mostrar a faca e dizer que vai me matar. É uma coisa que eu tento esquecer e procuro nem lembrar”. A mesma história se multiplica entre amigas e companheiras dela.

Para garantir que não aconteceria de novo, M. fez o que muitas mulheres em situação de rua – cis, trans, travestis – fazem quando se veem tendo de se defender da possibilidade de violência sexual a qualquer momento. Arrumou um companheiro. Os dois se conheceram em um albergue e, “ao mesmo tempo em que foi ótimo, foi péssimo”. Na pele, ela mostra as lembranças do relacionamento que terminou depois de quatro anos entre idas e vindas: as cicatrizes de duas facadas. Uma delas passa perto demais da aorta.

“Mas são consequências de um relacionamento assim... Era demais. Ele era muito obsessivo, achava que mulher é objeto, tinha que ser dele e de mais ninguém”. Ainda assim, estar com um homem, ser a mulher de um homem só, também trazia uma sensação de segurança, difícil de se conseguir tendo corpo de mulher e vivendo na rua sozinha. “Eu gostava dele no início. Gosto dele até hoje, embora seja um sem-vergonha. Se perguntasse, ‘mesmo depois de duas facadas?’. Mas é uma coisa que no coração a gente não manda, sabe?”.

A amiga S. sabe. Foi M. quem apresentou ela ao marido. Os dois ficaram cinco anos juntos. Ele morreu atropelado no dia de Natal, no ano passado, enquanto caminhava com ela pelo



acostamento de uma rodovia em Sombrio, Santa Catarina. O namorado estava bêbado. “Nesses cinco anos com ele, eu tive casa, eu tive conforto. Não tive luxo, mas também não me faltou nada. Desde o momento em que ele se foi, eu aprendi muito. Me sinto que nem uma criança, engatinhando sozinha”, conta S., que completou 31 anos quinze dias depois do acidente. “Quando eu tinha ele, eu tinha segurança. Eu sabia que, ao lado dele, eu não ia sofrer agressão, abuso, assédio. Até porque muitos tinham medo dele. Um misto de medo com respeito”.

Durante o tempo em que ficaram juntos, o companheiro de S. chegou a ter um emprego com carteira assinada em uma firma de Gravataí. O salário foi suficiente para que pagassem o aluguel de uma casa e vivessem bem durante um ano e meio. “O uso [de drogas] dos dois lados – ele com o crack – foi o que estragou muito a nossa relação. Tenho algumas lembranças dele também”, diz, enquanto começa a apontar cicatrizes pelo corpo. Memória de golpes de faca. “É a herança que ficou. Apesar de tudo, sinto muita falta. Foi uma pessoa que me mostrou muitos valores. Eu aprendi muita coisa com ele. Aprendi a ser gente. Aprendi a não deixar ninguém passar por cima de mim. Na hora da morte dele, ele teve tempo de dizer pra mim que me amava. Isso ficou forte dentro de mim”.

Texto publicado originalmente [aqui](#)

Dói mais que um tapa

Assim como a grande maioria das mulheres trans e travestis em situação de rua, S. chegou à rua porque a família teve dificuldades em aceitar sua identidade como mulher. Filha de famílias evangélicas, tanto por parte da mãe biológica, quanto da mãe que a adotou com um ano de idade, ela foi expulsa de casa pelo pai. A situação que já era difícil, piorou por causa do uso de drogas, como cocaína e crack, segundo ela. As drogas foram, ao mesmo tempo, o escape e o que fez tudo sair de controle rapidamente. Com 15 anos, ela decidiu que não queria mais responder pelo nome masculino. Com 18, se viu no espelho como mulher trans. Com 22, passou a primeira noite na rua.

A primeira parada foi o Albergue Municipal de Porto Alegre. “Foi um preconceito muito grande, porque eu não conhecia ninguém. Era tudo totalmente estranho. Eu estava totalmente vulnerável, né? Já apanhei por ser trans, já sofri preconceito. Hoje, graças a Deus, não sofro mais”, diz ela, sobre os comentários que tinha de engolir a seco. “Aquele discriminação de ‘o que essa bicha faz aqui no meio’, ‘o lugar de vocês não é aqui’. Quando tu pede pra tragar um beck, é ‘não sei onde tu colocou a tua boca’, ‘como é que tu vai fumar o meu cigarro, se não sei onde tu botou a tua boca’. Sabe aquelas brincadeiras? Dói mais que um tapa”.

No Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de

Rua de Porto Alegre, uma pesquisa feita pela Fundação de Assistência Social (Fasc) em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), divulgada em dezembro do ano passado, os termos “trans”, “transgênero” ou “travesti” não aparecem nenhuma vez. Não existem dados sobre quanto a população trans e travesti representa entre a população de rua, nem de Porto Alegre, nem do Rio Grande do Sul. E raramente há algum dado nacional.

A ativista e travesti Marcelly Malta, presidente da ONG Igualdade, lembra que, no Rio de Janeiro, um levantamento recente apontou que trans e travestis representariam hoje 34% das pessoas vivendo na rua, na capital fluminense. Ela conta que sua ONG estava trabalhando em um levantamento similar, em Porto Alegre, junto à Prefeitura. A troca de gestão, no começo do ano, porém, suspendeu o projeto.

“A gente tinha muito interesse em saber sobre isso, porque há dois anos estávamos fazendo esse trabalho, encaminhando para abrigos”, explica ela. Marcelly diz que a única pesquisa recente, feita aqui, que ajuda a entender a realidade da população de trans e travestis que vivem na rua, era relacionada à saúde e não tinha a condição de moradia como foco. “Eu não sei exatamente quantas são, mas tem muitas travestis [nas ruas]. A gente fez um projeto que se chamava ‘Pesquisa de Divas’, onde trabalhamos a questão do HIV, sífilis, hepatite B e C, onde vieram mais pessoas em situação de rua, aqui na Igualdade”.

M. diz que a falta de serviços focados em atendê-las é um dos piores problemas em Porto Alegre e Região Metropolitana. Embora a maioria dos albergues entenda os direitos delas e as encaminhem a quartos femininos, ainda há locais que não aceitam receber pessoas trans. Outro problema é a falta de oportunidades no mercado de trabalho. Além de deixar a prostituição como única opção, ainda afasta as chances de conseguirem um teto.

“Hoje em dia, o que tu vê para uma mulher trans? Beleza”, pergunta S. “Ou telemarketing, que ninguém nos enxerga. Ou quadra [prostituição]”, adiciona M. “Essa, no momento, é a minha opção. Eu sou profissional do sexo, sou cabeleireira formada e não consigo emprego. Por quê? Por estar em situação de rua”, diz a amiga. “É, a questão do comprovante de residência pesa muito. Eu tenho o segundo grau completo e sou formada em magistério e é muito difícil conseguir um emprego, por questão de comprovante de residência. Se tu dá um endereço de um albergue, tá fora. ‘A gente liga na semana que vem’. Nunca mais”, relata M.

Ela ainda tem outro fator, sobre o qual raras vezes fala: é soropositiva. Sabe que pegou o vírus HIV nas ruas, em 2013, mas não sabe de quem. “Nem todo mundo sabe, porque eu não abro isso pra todos. As pessoas que sabem agem de outra forma, ainda tem o preconceito com a doença, sabe? Eu não gosto de abrir isso”.



As dificuldades da rua, M. transformou em experiência. Vivendo em um abrigo municipal da Região Metropolitana, em 2016, ela trabalhou por um tempo como facilitadora social, projeto da antiga Secretaria de Assistência Social, ajudando nas abordagens a pessoas em situação de rua. Os facilitadores, como ela, que eram pessoas que seguiam ou já haviam vivido na rua, ajudaram a convencer funcionários a abandonar luvas e máscaras e os ensinaram a se aproximar quando conversam com as pessoas.

No último Ano Novo, M. ligou para casa. Ela confessou à irmã que as coisas não estavam fáceis, mais uma vez. Ainda assim, diz que nunca quis voltar a viver em casa, porque prefere que a família não sofra com ela. A irmã sugeriu que ela se internasse em uma clínica para tratar o vício. A resposta foi a mesma que já havia dado outras vezes: depois de três internações, precisava aprender um jeito de parar por si mesma. “Isso vem no meu tempo. Vai chegar o meu tempo de dizer que chega”.

S. só concorda. “Eu vejo que não é a vida que é uma escola. A rua é uma escola. Aprendi muito. Aprendi a ser humilde”, diz ela, antes de virar pra amiga. “Conheci a M., que considero minha irmã do coração e ela sabe disso. Sempre tive o maior apoio nela e ela em mim”. A uma hora do final da tarde, de um dia de semana, as duas se despedem rápido e apuram o final da entrevista. Tem trânsito, tem trem no caminho, tem horário no albergue, tem trabalho pela frente.

OSBERVAÇÕES

As orientações para hormonização de mulheres transexuais, travestis e homens transexuais foram baseadas nas seguintes publicações:

Atención de la salud integral de personas trans

Guía para equipos de salud
Argentina, 2015

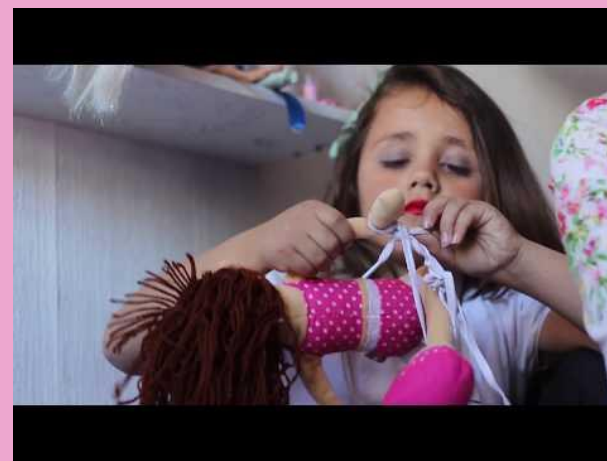
Guía clínica para la Hormonización en personas trans

Uruguay, 2016

Discussão de casos individuais e orientações clínicas de manejo podem ser assessoradas pelo

Canal de Atendimento Telessaúde
0800 644 6543

Selecionamos mais alguns vídeos mais longos, para análise e reflexão dos conteúdos apresentados neste módulo



DEMOCRACIA É SAÚDE.
SAÚDE É DEMOCRACIA.

Defenda o SUS.

