

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL DE
SAÚDE MENTAL COLETIVA



Trabalho de Conclusão de Residência

O cuidado em saúde da População LGBTQI+ no âmbito do SUS e suas especificidades: Uma revisão Integrativa de Literatura

Mateus Menezes Ribeiro

Porto Alegre, 2020

Mateus Menezes Ribeiro

O cuidado em saúde da População LGBTQI+ no âmbito do SUS e suas especificidades: Uma revisão Integrativa de Literatura

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva apresentado como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva, realizado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Stelamaris G Tinoco

Mateus Menezes Ribeiro

O cuidado em saúde da População LGBTQI+ no âmbito do SUS e suas especificidades: Uma revisão Integrativa de Literatura

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva apresentado como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva.

Aprovado em _____ de Março de 2020

Stelamaris G Tinoco

Orientadora

Cláudia Penalvo

(Parecerista)

Caio de Souza Tedesco

(Parecerista)

Porto Alegre, 2020

Sumário

1.	<u>Introdução.....</u>	<u>6</u>
2.	<u>Minha narrativa.....</u>	<u>11</u>
	2.1 <u>O não pertencimento.....</u>	<u>12</u>
	2.2 <u>Agora me identifiquei, então sou bissexual.....</u>	<u>13</u>
	2.3 <u>Aqui eu sou aceita.....</u>	<u>14</u>
	2.4 <u>Eu não posso entrar desse jeito, sendo eu mesma.....</u>	<u>14</u>
3.	<u>Metodologia.....</u>	<u>16</u>
	3.1 <u>Tipo de estudo.....</u>	<u>16</u>
	3.2 <u>Critérios de inclusão.....</u>	<u>17</u>
	3.3 <u>Critérios de exclusão.....</u>	<u>17</u>
	3.4 <u>Procedimentos.....</u>	<u>17</u>
4.	<u>Resultados.....</u>	<u>19</u>
5.	<u>Discussão.....</u>	<u>22</u>
6.	<u>Considerações finais.....</u>	<u>32</u>
	<u>Referências.....</u>	<u>33</u>

Resumo

Este trabalho propõe uma discussão a partir do acesso e cuidado em saúde da população LGBTQI+ nos serviços públicos de saúde no Brasil. O intuito é discutir sobre as políticas públicas no âmbito do SUS referentes ao acesso à saúde da população LGBTQI+ (é uma abreviação da sigla LGBTT2QQIAAP e é dividida em duas partes. A primeira, LGB, diz respeito à orientação sexual do indivíduo. A segunda, TQI+, diz respeito ao gênero) e proporcionar reflexões sobre o que acontece na prática. A intenção de realizar meu trabalho de conclusão de residência sobre esta temática, se deu através de reflexões feitas por mim em meus campos de atuação nestes dois anos de caminhada na Residência em Saúde Mental Coletiva. Estando em e percorrendo cenários de saúde, assistência e educação, acabei por me questionar muito sobre a pouca adesão da população LGBTQI+ aos serviços nos quais estava inserido. A realização deste estudo se deu através de uma Revisão Integrativa de Literatura para evidenciar a produção científica existente sobre o tema, porém, este trabalho também contará com fragmentos de diário de campo sobre os serviços em que atuei como residente. Sobre os resultados encontrados, a população LGBTQI+ sofre diversas violências durante atendimentos de saúde. Além disso, destaca-se o despreparo profissional frente ao atendimento destes sujeitos e a pouca discussão das equipes de trabalho sobre a temática e suas práticas.

1. Introdução

A sexualidade e questões de gênero são construções sociais, históricas e políticas em nossa sociedade, possuem um caráter segregante e taxativo. Isso deve-se a diversos fatores, porém, têm forte influência religiosa e moral. Assim, a população LGBTQI+ se encontra em situações de vulnerabilidade com a supressão de direitos e estão constantemente expostos ao preconceito e violência. Segundo WELZER-LANG (2001), a naturalização da heterossexualidade e da cisgeneridade faz com que estas sejam consideradas as únicas definições de existência humana possíveis e assim suprimem as sexualidades desviantes, questões que são refletidas desde a violência simbólica ao extermínio da população LGBTQI+.

Gênero define-se por papéis historicamente construídos pela sociedade dos quais fazem uma divisão entre masculino e feminino. Define-se como cisgeneridade, a identidade de gênero daquelas pessoas cuja experiência interna e individual do gênero corresponde a identificação com o sexo atribuído ao nascimento (Simakawa, 2015). Porém, vale destacar que o gênero vai muito além disso, é uma experiência individual e interna de cada sujeito. Louro (1997) afirma que o gênero institui a identidade, tornando-se algo que constitui o sujeito e transcende o mero desempenho de papéis socio-históricos. Louro et. al (2007) diz que as identidades de gênero são compostas e definidas pelas relações sociais, assim, são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. Sobre sexualidade, a autora descreve sendo algo dado inerente ao ser humano, onde todos vivemos os nossos corpos universalmente e envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, processos fundamentalmente culturais e plurais.

A produção existente das hierarquias de valor sexual, constitui determinadas sexualidades como superiores e legítimas, assim, as pessoas que se inserem em níveis consideradas abaixo destas, acabam por sofrer presunções de doença mental, criminalidade, má reputação, dentre outras formas de discriminação (RUBIN, 1984). A constituição Brasileira, de 1988, garante a promoção do bem de todos os cidadãos, sem qualquer tipo de

preconceito, seja ele por cor, raça, sexo, idade ou quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988). Porém, sabemos que os efeitos da discriminação sexual e de gênero, acabam suprimindo que a população LGBTQI+ tenha seus direitos garantidos. É preciso que haja a superação da discriminação e preconceito, tanto individuais como do coletivo, através de mudanças de valores morais, religiosas e pessoais, assim, conseqüentemente conquistando o respeito às diferenças.

Dados obtidos através de uma pesquisa do Grupo Gay da Bahia (GGB, 2018) em um relatório da violência do ano de 2017 em relação a morte da população LGBTQI+ no Brasil, devido a discriminação, diz que a cada 19 horas um LGBTQI+ foi assassinado, totalizando assim, 445 mortes no ano supracitado. Sobre o perfil destes assassinatos, 50% eram gays, 42% eram trans, 3% lésbicas, 4% T lovers (amantes de transexuais) e 1% bissexuais. É interessante ressaltar a dificuldade ao encontrar dados sobre a violência na literatura. Estes relatos, foram obtidos através do Grupo Gay da Bahia - ONG ativista pela causa destinada a proteção de direitos LGBTQI+. Assim, destaca-se a necessidade de maiores pesquisas e produções científicas que os relatem, pois assim, daremos maior visibilidade a causa e fomentaremos a importância da implementação de ações e investimentos nas políticas públicas.

O Mistério da Saúde (2013), afirma:

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

No Brasil, no final da década de 1970, à medida que avançava o processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais. O grupo de afirmação sexual (Somos) de São

Paulo, foi um grande precursor na luta homossexual.

O início da epidemia de HIV/AIDS na década de 1980, fez com que o Ministério da Saúde começasse a adotar estratégias de promoção à saúde LGBT e também combater a discriminação relacionada a epidemia com a homossexualidade (BRASIL, 2013).

A partir da década de 1990, houve a organização de travestis em coletivos, que mais tarde contou com a inclusão de transexuais, que além de atuarem também em ações preventivas à AIDS, trouxeram visibilidade às demandas específicas de saúde destes grupos. Com a exclusão das lésbicas como grupo de práticas de risco sexual, estas acabaram não sendo contempladas pelo governo brasileiro nestas ações, situação que favoreceu para a invisibilidade do grupo. Mais tarde com a inclusão do grupo de mulheres lésbicas e bissexuais, outros temas entraram como pautas necessárias, como o combate ao machismo, a misoginia e a invisibilidade feminina. O movimento LGBT ganhou maior força e visibilidade, trazendo voz a várias reivindicações, como a de direitos civis, sociais e políticos (BRASIL, 2003).

Em 2004, o governo instituiu um programa intitulado: “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” constituído pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República. Esse programa ampliou recomendações aos diversos setores do governo, com o intuito de garantir políticas, programas e ações contra a discriminação, que promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos (BRASIL, 2004). O conceito de equidade como um dos princípios do SUS, trata-se de conhecer as necessidades específicas de cada indivíduo, considerando que o direito à saúde é algo que passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade.

A política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi instaurada pela portaria nº 2836, de 1º de dezembro de 2011. Seu objetivo é garantir o acesso desta população à saúde e promovê-la de forma integral e humanizada no âmbito do SUS. Com o reconhecimento da complexidade da saúde LGBTQI+, fez com que o movimento social tensionasse a ampliação as diversas áreas do Ministério da Saúde configurando à política um caráter transversal, como, a produção do conhecimento, promoção do cuidado e

participação social. A conquista desta portaria é um marco histórico nas políticas públicas de saúde no Brasil e considera o princípio da equidade, garantido pela Constituição Federal de 1988. A formulação desta política contou com a participação de lideranças ativistas, pesquisadores e técnicos e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). O processo de criação desta política é uma das estratégias para implantar ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais durante os atendimentos em serviços públicos de saúde. Assim, este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo gestores, conselheiros e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde, aponta maior vulnerabilidade ao vírus HIV para gays e bissexuais masculinos, e associa ao fato da homofobia e segregação à qual estão expostos. A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual na família e nos locais públicos, pode culminar na clandestinidade da sexualidade, como, frequentar lugares e situações de maior exposição (BRASIL, 2013).

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da equidade e da integralidade (2006), publicado pela Rede Feminista de Saúde, trouxe dados que indicam desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais. Das mulheres que procuraram atendimento à saúde, cerca de 40% não revelaram sua orientação sexual, dentre 28% que revelaram, referiram maior rapidez no atendimento médico, conseqüentemente 17% destas, afirmaram que estes não solicitaram exames que eram considerados por elas como importantes. Este Dossiê revela ainda que um estudo de 2002, realizado pela coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, comparou dados em que mulheres heterossexuais tiveram uma cobertura maior de exames nos últimos 3 anos estudados, sendo 89,7% contra 66,7% entre mulheres lésbicas e bissexuais (FACCHINI, 2006).

Há uma complexidade nas demandas de saúde sobre a população trans, pois, possuem identidades de gênero diversas àquelas que são impostas pelos padrões heteronormativos. Problematizam a lógica hegemônica do sexo biológico perante identidade de gênero, assim, por fugirem da lógica binária e dicotômica, são encaradas com estranhamento (Popadiuk, Oliveira e Signorelli, 2017). Vale

ressaltar o conceito de cisnormatividade (sexo biológico referente a identidade de gênero) e o cissexismo (desconsideração da pessoa trans na sociedade) que são fundamentadas na normatização de corpos. Segundo Peres (2008), a saúde mental desta população precisa de uma maior atenção, pois, depressão, sensações de pânico e crises de ansiedade, podem ser frequentes. Isso deve-se ao fato da grande exposição em que vivem, como em situações de prostituição pertinentes a necessidade financeira, devido a discriminação que sofrem no mercado de trabalho formal. Para mulheres trans, a prostituição torna-se um espaço de construção de seu pertencimento social. Benedetti (2005) diz que é na rua que as travestis exercitam a afetividade, relações sociais e explicitam seu feminino, porém, estão expostas a violência e a maior possibilidade de uso de drogas, aplicação de silicone industrial e hormônios, além de ser um espaço de grande risco a exposição de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A partir do exposto sobre as especificidades da população LGBTQI+, faz-se necessário a discussão sobre a promoção da saúde deste grupo. Portanto, este trabalho tem como propósito, analisar a literatura existente e assim, relatar como acontece este processo.

2. Minha narrativa

Escrever meu trabalho de conclusão de residência sobre a população LGBTQI+, surge a partir de muitas indagações que me cercam durante os dois anos de residência enquanto estava inserido nos meus cenários de prática. Falando de minha experiência pessoal, acredito que estes questionamentos sobre a inserção desta população nos serviços de saúde, se deu muito a partir da posição que ocupo sendo um profissional da saúde, gay, que acaba por ter uma visão mais indagativa nesta perspectiva.

Muito me peguei pensando como seria se estivesse ocupando uma outra posição, um usuário LGBTQI+ naquele determinado serviço na qual eu era trabalhador; assim, surgiram alguns questionamentos, como: Iria me sentir inserido neste lugar? Este serviço acolhe? Como o preconceito é problematizado neste local e estou protegido aqui?

Instigar a pesquisa científica nesta perspectiva é muito relevante, já que processos de invisibilidade são adoecedores e identidades são negadas. E, pensando em níveis de invisibilidade, me senti convocado a dedicar um olhar mais atento à população trans. Assim, faz-se necessária a investigação científica da prática, partindo do pressuposto das ações que já são realizadas entre a macro e micro política e como estas precisam ser repensadas, sabendo que vivemos em uma sociedade moralista, cisheteronormativa e preconceituosa. Além disso, acredito que esta é uma forma de luta política necessária.

Acredito que quanto maior a visibilidade dada, mais incidimos sobre o efeito do preconceito e violência. Assim, sinto que é meu papel falar sobre e me sinto privilegiado. Tenho como proposta com este trabalho, poder despertar o interesse das pessoas sobre a temática e também trazer maior representatividade a comunidade LGBTQI+.

Mesmo sendo um trabalho de cunho literário (Revisão Integrativa de Literatura), penso que trazer narrativas pessoais do meu processo de residência se torna necessário para produzir reflexões dialogadas. Assim, aqui trago alguns destes.

2.1 O não pertencimento

Começo com um atravessamento em muitas vidas e histórias que infelizmente são muito comuns no cotidiano dos serviços de saúde. Durante meu percurso na residência em todos os cenários nos quais estive, notei a fragilidade que estes espaços tem referente ao processo de vinculação e acolhimento no tratamento de saúde da população LGBTQI+, principalmente a população trans, pois, o acesso não aparenta ser o mais dificultoso, mas sim o enfrentamento da discriminação dentro destes espaços, o processo de identificação com o serviço e consequentemente a permanência.

É necessário ressaltar que vivemos em uma sociedade moralista e com muitos atravessamentos religiosos, e, mesmo após a criação da política de saúde a população LGBTQI+, esta não é o suficiente para garantir o acesso da mesma, pois ela por si só não garante a desconstrução social que é necessária, pois, pensando na micropolítica, profissionais da saúde que trazem para suas práticas, julgamentos morais e religiosos, por exemplo, não mudaram seus conceitos apenas com a criação desta. É necessário realizarmos ações permanentes de formação com profissionais para que ressignifiquem suas práticas e olhares e trabalhem com o conceito de equidade.

Um dos meus cenários de atuação foi um CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) espaço majoritariamente masculino. Neste serviço, percebi que homens gays que o frequentavam, conseguiam de certa forma manter seu processo de tratamento, talvez por um padrão mais cisheteronormativo, porém, percebi que as pessoas trans que chegavam a este espaço, não se sentiam pertencentes a ele e acabavam por não vincular. Fato este que ocorre também com mulheres, pois, muitas destas vinham apenas para participar de um grupo de mulheres que acontecia e não gostavam de estar no espaço de ambiência, devido as questões de comentários machistas que lá circulavam.

Pensando ainda em serviços CAPS AD, muitos possuem grupos de mulheres que são extremamente importantes no processo de tratamento destas, levando em conta questões de gênero e determinantes de saúde.

Porém, acredito ser importante, a criação também de espaços com a participação de homens que falem de questões como, o machismo e violência de gênero. É necessário o trabalho com os dois pólos deste processo, ou seja, a escuta de vítimas e um trabalho com os agressores, assim visualizando o contexto mais amplo das produções de violências.

2.2 Agora me identifiquei, então sou bissexual

Uma de minhas propostas, junto a minha microequipe (pequenos grupos de residentes por local de passagem) no CAPS AD, era de criar um espaço de oficina que funcionaria com dinâmicas de grupo, a fim de trabalhar questões sociais. Trabalhamos muito na perspectiva de quebras de tabus, como, a sexualidade e gênero.

Em uma das dinâmicas realizadas, pensamos em escrever termos referentes a questões de sexualidade e gênero, como: heterossexual; bissexual; homossexual; trans; intersex e colocamos dentro de um saquinho. Cada um dos participantes retirou um papel e contava para o grupo o que havia sorteado, após, falava o que sabia sobre este termo e discutíamos com o restante do grupo.

Fiquei bastante alarmado com o resultado, poucos dos participantes sabia definir o que eram os termos, muitos deles nem mesmo sabiam definir qual era sua orientação sexual. Além disso, muitos trouxeram preconceito em suas falas, porém, tivemos espaço para debater e abordar estas questões.

Houve um momento que a palavra sorteada foi: bissexual. Uma das participantes ao ouvir sobre a definição, mostrou-se sorridente e levantou a mão, dizendo que então, agora sabia qual era sua orientação sexual. Relatou que não sabia como defini-la, apenas se relacionava com pessoas de ambos os sexos e não tinha conhecimento deste termo. Acrescento que a definição muitas vezes pode não ser necessária para muitas pessoas, porém, para aquela mulher, por sua expressão feliz e empolgada, pareceu ser muito importante tê-la descoberto.

2.3 Aqui eu sou aceita

O cenário? Educação! Essa foi uma das frases mais emocionantes que ouvi durante meu percurso. Uma aluna trans que através de uma dinâmica de grupo em que falávamos sobre sexualidade e gênero, fala sobre se sentir pertencente a este espaço. Lembro-me da sinceridade daquelas palavras e da emoção em seus olhos.

Após esta cena relatada, pensei muito sobre a potência do espaço da escola quando há escuta. Porém, pensei também que as violências puderam ser tantas em sua vida, que o modo de acolhida neste espaço, o que é comum entre todos os alunos, para ela fez uma diferença tamanha.

Pensando já no meu trabalho de conclusão, acabei me questionando sobre os possíveis acessos aos serviços de saúde que esta aluna teve e quais foram os desfechos. Qual seria a possibilidade de ouvir este mesmo relato quando se trata de um destes locais e o porquê disso? Será a saúde tão burocratizada e mecânica que não consegue proporcionar sentimentos acolhedores?

A escola algumas vezes produz muitos traumas em nossas vidas, experiências negativas, como por exemplo, o bullying. Porém, a escola também pode ser potente para produzir pertencimento e outras narrativas sobre os sujeitos.

2.4 Eu não posso entrar desse jeito, sendo eu mesma

Os espaços de dinâmicas e oficinas sobre sexualidade e gênero são de muita relevância nos serviços de saúde e foram bastante importantes na constituição de minha narrativa.

Lembro de que em uma destas, muitos usuários questionavam uma mulher trans do porquê ela não estava acessando um albergue, já que se queixava de estar na rua. Assim, ela relatou que suas roupas não eram adequadas para entrar no local e de que foi barrada diversas vezes lá, pois deveria estar vestida conforme seu sexo biológico. Todos que estavam sentados em volta ficaram surpresos, pois, aparentemente nunca tinham pensando nessa questão, já que eram todos cisheteronormativos. A normatização e normalização de corpos, fica muito clara neste contexto. Pessoas trans ou travestis, não se encaixam no padrão de normalidade exigido pelas instituições, ou seja, a subjetivação e expressão de si, não é considerada como forma de existência possível e assim são negados seus direitos, é como se para ter o que precisa, é necessário você vestir um personagem.

O relato desta mulher citado acima, trouxe um impacto importante no grupo, muitos discordaram e acharam um absurdo tamanha violência, até mesmo aqueles que geralmente tinham um posicionamento carregado de preconceito. Acredito que a empatia se colocou mais alto nesta situação e trouxe efeitos positivos naquele momento.

3. Metodologia

Na intenção de construir análise de dados existentes na literatura e para a discussão sobre a mesma, este trabalho terá a seguinte pergunta norteadora: Como se dá o acesso e o cuidado em saúde da população LGBTQI+ em serviços de saúde no âmbito do SUS?

3.1 Tipo de estudo

Será realizado através de uma Revisão Integrativa de Literatura, utilizando como método, a busca de publicações científicas que abordem sobre o processo de cuidado em saúde da população LGBTQI+ em serviços de saúde no Brasil.

A metodologia de Revisão Integrativa tem como propósito reunir e fazer uma síntese do conhecimento científico já elaborado sobre determinado tema a ser investigado. Ela possibilita a busca, avaliação e sintetização dos conteúdos para comparação ou incorporação com a prática, dados estes que estão disponibilizadas em determinadas bases de dados que serão definidas pelo autor. Além disso, este método permite incluir estudos experimentais e não experimentais, estabelece dados da literatura teórica e empírica, incorporando vários aspectos, como: definição de conceitos, análise e revisão de teorias e evidências. A ampla amostra permite uma multiplicidade da literatura com um panorama consistente. (Broome 1993; Whittemore 2005).

A metodologia deste estudo, também contará com relatos de experiências do meu diário de campo, o qual produzi a partir de minhas vivências nos serviços em que estava inserido durante o período da residência. A proposta de incorporá-los, parte do entendimento do enriquecimento do trabalho, fazendo uma análise da literatura junto a prática.

Serão realizadas buscas em bases de dados: MEDLINE por meio do Biblioteca

Virtual em Saúde, na Biblioteca Digital Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), são estes: LGBT; Acesso e SUS.

3.2 Critérios de inclusão

Para o levantamento dos resultados, é preciso que as publicações utilizadas estejam disponíveis na íntegra na base de dados consultada e que abordem a temática proposta, além disso, como critérios de inclusão, que sejam pesquisas realizadas no Brasil e publicadas nos últimos dez anos, ou seja, do período do ano de 2009 a 2019.

3.2 Critérios de exclusão

Serão excluídas, publicações que não contemplem a problemática de pesquisa. Além disso, quando aparecerem em mais uma base de dados, serão contabilizadas apenas uma vez. Também não entrarão no trabalho, pesquisas realizadas em qualquer país que não seja o Brasil e fora do tempo limite de dez anos.

3.3 Procedimentos

Seguirão os seguintes passos metodológicos:

1. definição do objetivo da revisão integrativa;
2. busca nas bases de dados, usando os descritores em saúde selecionados;
3. estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra);
3. análise das informações;
4. apresentação dos resultados e categorização;
5. discussão.

4. Resultados

Cruzando os três descritores em saúde, os resultados foram: Na base de dados BVS, a pesquisa totalizou 20 artigos. Referente a SciELO, totalizou-se 7 publicações. Já na MEDLINE por meio da BVS, foi encontrado apenas 1 publicação. Assim, o total de referenciais encontrados nas três bases de dados foram de 28 publicações.

A partir da leitura dos resumos das publicações, utilizando os critérios de inclusão e exclusão deste trabalho, foram selecionados destas, nove (9), que serão usadas para a análise e discussão, conforme a tabela 1.

Tabela 1. (Descrição)

Estudos	Títulos dos estudos	Abordagem metodológica	Ano de publicação
1	A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios.	Pesquisa exploratória	2017
2	Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional	Pesquisa exploratório e descritivo	2019

3	O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT	Pesquisa transversal, exploratória	2018
4	Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão	Revisão Integrativa	2012
5	Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde	Pesquisa exploratória	2018
6	O Processo transexualizador no SUS e a saúde mental de travestis e transexuais	Pesquisa exploratória	2018
7	Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro	Relato de experiência	2017
8	Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?	Discurso do Sujeito Coletivo	2017

9	Que mulher é essa: identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais	Pesquisa etnográfica	2011
---	---	----------------------	------

5. Discussão

5.1 Processo histórico LGBTQI+ e seus efeitos no Sistema Único de Saúde (SUS)

Devido ao processo histórico de saúde da população LGBTQI+, ressalta-se a importância de determinantes sociais em saúde, segundo a orientação sexual e a identidade de gênero como processo saúde-doença-cuidado, assim, considerando suas especificidades. Ao longo da história, a colocação das expressões sexuais e de gênero nos diferentes discursos sociais e políticos, foram submetidas a incitações de pulverização, como por exemplo, durante a segunda guerra mundial, onde havia tratamentos que tinham como fim, reverter a orientação sexual que era tida como incomum e anormal. Houve muitas mortes de LGBTQI+, o que se perpetua até os dias atuais.

No Brasil, a homossexualidade deixou de ser considerada uma patologia a partir de 1985 com um posicionamento do Conselho Federal de Medicina, retirando da condição de desvio sexual. Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia, através de uma resolução, passou a proibir psicólogos de realizarem atendimentos as pessoas LGBTQI+ com fim de reversão a homossexualidade (Popadiuk, Oliveira e Signorelli, 2017).

Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) relatam que as expressões das sexualidades e de gênero representadas em suas minorias (população LGBTQI+), devem ser analisadas como marcadores de vulnerabilidade em saúde, pois, há preditores de maior suscetibilidade ao adoecimento, assim, faz-se necessário, considerar questões epidemiológicas, até as modificações necessárias para inserção e pertencimento desta população aos serviços de saúde.

A discriminação e o preconceito devem ser considerados determinantes de saúde, os quais provocam vulnerabilidades específicas, como, barreiras simbólicas ao acesso em saúde, influenciam a qualidade da atenção prestada e conseqüentemente levam a um potencial desencadeamento de adoecimento e sofrimento psíquico, até a morte prematura da população LGBTQI+. (Guimarães *et*

al., 2017). Cardoso e Ferro (2012) destacam que as intervenções que visam o combate a violência contra esta população precisam dialogar em três esferas: movimentos sociais, sociedade civil e Estado. Desse modo, serão garantidos a efetivação de direitos sociais de moldes igualitários. Além disso, a visibilidade das ações ampara a causa ativista na implementação de leis e programas de combate à discriminação e de acolhimento a vítimas destes tipos de violência.

O acesso destaca-se como parte essencial das ações para o cuidado em saúde LGBTQI+, porém, é válido destacar que este não se limita apenas a entrada de usuários nos serviços. É necessário utilizar o conceito de acessibilidade, considerando assim, o acesso de forma mais ampla, dando-se com estruturações das políticas e dos dispositivos de saúde, proporcionando, acolhimento e promoção saúde (Ferreira, Pedrosa e Nascimento, 2018). O termo acessibilidade da-se através da entrada do usuário no dispositivo, sua permanência e na ocupação em um espaço acolhedor.

As violências sofridas no dia a dia, não se limitam a quaisquer ambientes que existam a circulação da população LGQTI+, os serviços de saúde que deveriam ser espaços protegidos, acabam muitas vezes por deslegitimar a existência das minorias sexuais e de gênero, seja por não proporcionarem um acolhimento ideal, por atravessamentos morais de profissionais ou por não considerar as demandas específicas em saúde necessárias. Ferreira *et al.* (2017) relata que há vários entraves vivenciados por esta população no que se refere ao respeito ao acesso e a qualidade no atendimento que é prestada. Além disso, ressaltam que é um cenário de violências, onde destaca-se a invisibilidade das questões de gênero e dos diferentes modos de vivências da sexualidade, atribuindo o padrão heterossexual como o único existente, fato que tem implicações diretas na atenção à saúde da população LGBTQI+

O Sistema Único de Saúde em sua criação pela Constituição Brasileira de 1988, traz como princípios, a equidade e a universalidade que garantiriam o acesso da população LGBTQI+ ao SUS, porém, diversas barreiras são enfrentadas. Ações foram implementadas pensando nas demandas específicas em saúde desta, como, a instituição do programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”, a Política Nacional de Saúde da População LGBT e a criação dos Ambulatórios Trans, porém, faz-se necessário ampliar a discussão sobre como a

discriminação, o preconceito e a influência religiosa e moral na qual estamos inseridos em nossa sociedade, são capazes de limitar o acesso e o cuidado em saúde. Segundo Guimarães *et al.* (2017), houve maior empenho do Estado e da Sociedade Civil na garantia dos direitos e no combate ao preconceito, como, a legalização da união homoafetiva, a obrigatoriedade do uso do nome social para travestis e transexuais nos serviços de saúde e a regulação do processo transexualizador no SUS, porém, não pode-se deixar de ressaltar que ainda há uma grande distância das ações planejadas frente a suas execuções, consequências da resistência social que é uma construção sócio-histórica cristã, sexista e patriarcal. Negreiros *et al.* (2019) destaca que é importante ressaltar que a criação destas políticas foram construídas e estimuladas em consonância com os movimentos sociais, já que mesmo com os avanços nos serviços de saúde, muito da invisibilidade desta população nestes espaços anteriormente, se deu através da ocultação das demandas por parte dos profissionais e pela incapacidade de atender as necessidades da comunidade.

5.1 O acesso da população LGBTQI+ e a perspectiva dos profissionais

Segundo Ferreira *et al.* (2017) é corriqueiro a ocorrência de discriminação de trabalhadores da saúde em relação a população LGBTQI+ e que isso deve-se ao fato do despreparo que estes têm ao se depararem com as diferentes demandas de saúde desses sujeitos. O processo formativo em saúde parece não atender a demandas sociais, devido a não discussão destes temas. Os profissionais da saúde estão fadados a terem uma formação pautada estritamente no modelo biomédico, reproduzindo e produzindo com suas práticas diversas formas de violência. Acredito que além do despreparo citado pelo autor, acontece que estes profissionais precisam estar despidos de valores morais e crenças, pois, quando isso não acontece, pode haver um embate pessoal que surgirá como formas de discriminação durante os atendimentos. Cardoso e Ferro (2012) também destacam que as transformações necessárias na rede de saúde dependem de transformações no modo de agir e pensar dos profissionais, pois, as questões advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo no acompanhamento desta população.

Gomes *et al.* (2018) realizou um estudo sobre a população LGBTQI+ perante a visão de profissionais da saúde e relatou que ainda há muitas limitações na compreensão das vivências afetivo-sexuais desses sujeitos, pois, foi evidenciado diversas vezes o termo “opção sexual”, levando a uma característica de escolha da sexualidade, o que direciona para a responsabilização dessas pessoas por toda as discriminações que sofrem, assim, reprimindo ou negando o desejo sexual e as identidades dos sujeitos.

Concomitantemente com as mudanças nas políticas públicas na efetivação de direitos, é necessário incluir na formação de profissionais médicos, aspectos não meramente biológicos. Os médicos não possuem disciplinas ou cursos durante a graduação sobre o tema da saúde da população LGBTQI+, portanto, a qualidade do atendimento médico ofertado, pode ter influência de diversos atravessamentos culturais e ideológicos, podendo considerar a orientação sexual ou a identidade de gênero como anomalia ou perversidade, fazendo com que os sujeitos em questão, se sintam julgados e silenciem sobre os verdadeiros motivos que os levaram até a consulta (Negreiros *et al.*, 2019). Assim, apesar destas barreiras, podemos dizer que possivelmente pela visão dos profissionais, esta população não se vincula a tais serviços por falta de interesse, ou seja, usando o discurso de culpabilização e da responsabilização individual. Guimarães *et al.* (2017) destaca que os sujeitos não reconhecem em si os elementos do preconceito ou de suas ações discriminatórias, ou até mesmo, no mundo a sua volta.

No estudo realizado por Gomes *et al.* (2018) no que diz respeito a gestores em saúde, alguns dos entrevistados, relevaram não conhecerem as necessidades da população LGBTQI+ em seus municípios. Além disso, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é desconhecida pela maioria dos entrevistados e aqueles que dizem ter conhecimento de sua criação, admitem não a terem lido, mostrando assim a fragilidade da responsabilidade pelo cuidado dessa população. Os sujeitos envolvidos no processo de gestão do SUS nos municípios, mostram dificuldade em realizar escuta ativa e de reconhecer as demandas da comunidade ao longo da história, pode-se constatar também que a RAS (Rede de Atenção Psicossocial) se encontra desarticulada e com pouca comunicação entre os diferentes níveis de atenção.

Negreiros *et al.* (2019) em seu estudo com profissionais médicos, relata que quando questionados sobre o uso do nome social, enfatizaram que é necessário que estes sujeitos aceitem seu nome de registro, pois assim, é menos confusão na unidade. Além disso, a autora relata a dificuldade que estes médicos têm ao trabalharem com uma população que ainda é marginalizada e que assim, acaba sendo culpabilizada pelas próprias equipes, que não compreendem o processo de exclusão vivenciadas por esses sujeitos e que tem imensa dificuldade em reconhecer em si, as possíveis barreiras limitadoras. Assim, mesmo com a existência da política de acesso a comunidade LGBTQI+ que mostram expectativas positivas, a execução desta, ainda enfrenta grandes dificuldades.

5.2 Especificidades em questão: Homem Gay

A palavra gay é utilizada para designar a homossexualidade masculina. Por muito tempo, na década de 80, o homem gay foi fortemente relacionado a epidemia de AIDS no Brasil, que devido a disseminação das ideias negativas e preconceituosas, essa Infecção Sexualmente Transmissível, passou a ser chamada de “peste gay”. Estas associações tiveram forte influência no preconceito e discriminação que seguem até os dias atuais, os homossexuais têm seus direitos violados em diversos setores da sociedade, incluindo o ambiente familiar e no acesso a trabalho (Cardoso e Ferro, 2012).

Cardoso e Ferro (2012) ressaltam que a visão negativa da sociedade sobre a homossexualidade, pode fazer com que gays internalizem sentimentos de inferioridade, questionamentos sobre o seu valor como indivíduo e em alguns casos, até mesmo ódio por si mesmo. Estes sentimentos podem levar a situações desencadeadores de sofrimento psíquico, como: episódios depressivos, medo, insegurança, vergonha, isolamento social, hostilidade, abuso de álcool e outras drogas, comportamento e ideação suicida, dentre outros.

Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) dizem que a construção social da associação da mulher ao lugar de subserviência ao homem, repete a lógica paradoxal de dominação masculina, onde o homem gay afeminado, sofre ainda mais discriminação da sociedade, sendo um julgamento duplo: não seguir um

padrão cisheteronormativo e por se fazer mais próximo daquelas que são subjugadas violentamente, as mulheres.

Apenas a partir de 1980, o termo homossexualismo deixou de ser usado para definir uma patologia. Foi retirado do Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação de Psiquiatria Americana e na década de 1990 houve a retirada do termo também da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde (CID/ OMS). Em termos de políticas públicas, na área da saúde, além do trabalho relacionado ao HIV/AIDS, houve a criação do Programa Brasil Sem Homofobia e a Política Nacional de Saúde do homem, que tem como um dos seus objetivos a atenção integral ao gay, promovendo a promoção da equidade para este grupo (Cardoso e Ferro, 2012).

As marcas históricas e atuais da discriminação, fazem com que gays enfrentem barreiras no acesso aos serviços de saúde, como a vergonha de expor suas demandas e assumir sua orientação sexual frente a profissionais. É necessário ações que promovam o bem-estar deste grupo durante os atendimentos, como por exemplo, a instrumentalização de profissionais para um olhar atento a estes sujeitos. Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) ressaltam que o enfrentamento do processo histórico depende do fortalecimento de ações intersetoriais, buscando concordância entre o que está previsto na política pública e o que acontece na prática nos atendimentos de saúde destes.

5.3 Especificidades em questão: Mulher lésbica

O sofrimento psíquico que é desencadeado pela violência física na família, no trabalho e em lugares públicos, é frequentemente maior em mulheres lésbicas, quando comparado com mulheres heterossexuais. Em decorrência dessas violências, há grande sofrimento psíquico (Cardoso e Ferro, 2012). Referente ao cuidado em saúde da mulher lésbica, Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) relatam que este retrata a lógica biologicista, assim, questões relativas à orientação sexual não são incorporadas em uma consulta ginecológica, reforçando o padrão cisheteronormativo e invisibilizando a lesbianidade. É necessário considerar as diferentes formas e nuances da prática sexual das mulheres e os cuidados

correspondentes necessários, tornando assim, uma prática de promoção da saúde.

Pressupor a heterossexualidade em consultas médicas, pode acabar por trazer agravos a saúde da mulher. O padrão cisheteronormativo como única forma existencial, traz sérias consequências, nas consultas médicas, acarretando uma extrema violência simbólica, dificultando a confiança e o vínculo entre profissional e paciente. Segundo Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) as fragilidades durante uma consulta ginecológica, referentes ao vínculo, podem estar relacionadas a não revelação da orientação sexual e a falta de acolhimento profissional às demandas sobre as relações íntimas, diferente do que é preconizado na Política de Atenção à Saúde da Mulher. Cardoso e Ferro (2012) relatam que a violência simbólica realizada nas consultas ginecológicas pode ter consequências diretas na saúde da mulher, pois, sem se sentirem acolhidas em suas demandas, podem frequentar menos estes espaços e assim, poderá haver agravamentos em saúde, como câncer de mama e colo de útero.

Cardoso e Ferro (2012) dizem que referente a infecções sexualmente transmissíveis, há um desconhecimento por parte das mulheres lésbicas sobre o risco existente nas relações sexuais com outras mulheres, pois há o mito de que são imunes a contraí-las. Isso deve-se ao fato de que há uma baixa produção científica sobre o tema e por não haver questionamentos de levantamentos de dados nos consultórios. Além disso, a autora relata que também há a falta de informação para este grupo sobre a maior ocorrência de HPV, herpes genital e tricomoníase em mulheres que nunca tiveram relações heterossexuais.

5.4 Especificidades em questão: População TRANS

O termo Pessoas Transgêneros (pessoas trans), incluem transexuais e travestis. Possuem identidades de gênero diversas comparadas as que são impostas pela sociedade como padrões, assim, problematizam a homogeneidade do sexo biológico como único determinante da identidade de gênero e de única forma de expressão possível. Portanto, a tentativa de romper com a lógica binária, faz com que sejam sujeitos que sofrem ainda mais violências, preconceito e discriminação. Os avanços conquistados pela população trans na área da saúde, através dos

movimentos sociais, não trazem muita segurança da manutenção destes direitos, pois, portarias podem ser revogadas a qualquer momento, em qualquer governo (Popadiuk, Oliveira e Signorelli, 2017). A incerteza da garantia de direitos já conquistados e de que novas ações sejam implementadas, agora mais do que nunca, atualmente com um governo, onde o presidente da República diversas vezes proferiu discursos machistas, homofóbicos e preconceituosos, o risco das políticas de direitos LGBTQTI+ estão sempre “em corda bamba”, pois, há ideologia religiosa fundamentalista e conservadora com intervenções diretas na política, assim, colocando em risco o princípio do Estado Laico. A desconstrução social é processo contínuo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que a condição de transgênero e transexual é uma patologia. Houve mudança no termo utilizado anteriormente, mudou de “transtorno” para “disforia” no diagnóstico presente na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), tentando não patologizar, mas evidenciar seu sofrimento. Porém, em relação ao Código Internacional de Doença (CID-10), o mesmo ainda traz o termo “Transexualismo” e “Travestismo bivalente” como transtornos mentais (Ferreira, 2018).

A exposição recorrente ao preconceito e discriminação que sujeitos trans enfrentam em seus cotidianos são determinantes que levam ou podem levar ao adoecimento. O preconceito, discriminação e exclusão social, dificultam o acesso a moradia, alimentação e saúde (Ferreira, 2018). Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) ressaltam um preocupante dado em nosso país, o Brasil é o país que mais mata pessoas trans no mundo. Segundo as autoras, entre janeiro de 2008 a abril de 2013, foram 486 mortes, quatro vezes mais homicídios se comparado ao México, segundo colocado. Assim, faz-se necessário a implementação e manutenção das políticas e ações em saúde que pensem as especificidades desta população e proporcionem estratégias de combate ao preconceito e discriminação. Um dos grandes avanços obtidos no SUS para a população Trans, foi a Carta dos Direitos dos Usuários da saúde em 2006, com o direito do uso do nome social, seja em qualquer nível de complexidade do serviço de saúde. Em 2006, houve a primeira representação da comunidade LGBTQI+ no Conselho Nacional de Saúde. Importante também destacar, que em 2007 na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas como análise de determinante em saúde (Popadiuk, Oliveira e Signorelli, 2017). Foi instituída a

portaria nº 457/2008 e nº 1.707/2008 que criou o processo transexualizador no SUS e que mais tarde foi ampliada pela portaria nº 2803. Esta tem como principal objetivo, atender as especificidades em saúde de pessoas travestis e transexuais, preconizando princípios, como: o acolhimento feito com qualidade, acesso aos serviços de saúde respeitando o nome social, acesso a hormonioterapia, cirurgia de readequação corporal, e o atendimento integral. As linhas de cuidado são a atenção básica (porta de entrada do sistema) e a atenção especializada que conta com o atendimento ambulatorial e hospitalar (Ferreira, 2018).

Além dos hospitais habilitados na rede SUS para realização da cirurgia de readequação corporal, existem os ambulatórios Trans nas cidades: Uberlândia, Curitiba, João Pessoa, Belém, São Paulo (duas unidades) e mais recentemente, em Porto Alegre. Segundo Popadiuk, Oliveira, e Signorelli (2017) estes têm como objetivo o acompanhamento em saúde de Travestis e Transexuais com atendimento psicológico, hormonioterapia e encaminhamento para cirurgia de readequação corporal.

Dos avanços conquistados no âmbito do SUS, como o Processo transexualizador, criado pela através da Portaria nº 2.803 ficaram preconizadas como prioridades: o acolhimento feito com qualidade, o acesso aos serviços de saúde com respeito ao nome social, acesso desde a hormonioterapia até a cirurgia de adequação do corpo à identidade de gênero, e o atendimento integral. A criação destes dispositivos por si só, não são garantia de direitos no acesso aos serviços de saúde, pois, ainda há violências constantes, como o desrespeito ao nome social e em casos onde determinados exames são realizados apenas no sexo feminino ou masculino, sendo uma divisão que não se encaixa para o atendimento da população trans. É necessário adequar formulários e sistemas de liberação de exames e procedimentos específicos. Além disso, é necessário ressaltar a importância do envolvimento dos movimentos sociais e de controle social na efetivação dos direitos e do respeito a diversidade no SUS (Popadiuk, Oliveira e Signorelli, 2017).

Segundo Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) a “travestifobia” pode ser replicada nos equipamentos de saúde, tanto por parte dos profissionais que neles atuam, como também nos agentes de portarias e médicos. As travestis sentem-se incomodadas pela forma com que são tratadas devido ao julgamento moral e social e também pelo distanciamento que é muitas vezes evidenciado através de gestos

durante os atendimentos. Além disso, há o não toque corporal por partes de alguns profissionais que produzem olhares e falas que intensificam o sofrimento social das travestis. Ainda, segundo as autoras, a luta das travestis ao longo da história no social, se evidencia até mesmo em usos cotidianos como o uso do banheiro determinando a sua identidade de gênero. Trata-se de múltiplos espaços de luta incluindo os serviços de saúde, como no respeito ao nome social, que seria uma ação simples e de alta resolução, mas que se configuram através de discussões para além do SUS, como escopos da religião, formação educacional e constructos de gênero, assim, é necessário a desmistificação nos debates nas mídias e na sociedade em geral.

Referente a sujeitos transexuais que desejam realizar a cirurgia de readequação corporal, direito que está normatizado pela Resolução nº 1.955/2010 revogada pela Resolução nº 1562/02 de 2 de dezembro de 2002, é necessário que obedeça aos critérios mínimos para a caracterização do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) e o acompanhamento por equipe multiprofissional por no mínimo 2 anos. Segundo o CID-10 para que o diagnóstico de TIG seja feito, a identidade transexual deve estar presente por pelo menos dois e não pode estar associado a outros transtornos mentais, como, esquizofrenia ou anormalidade intersexual, genética e de cromossomo sexual. (Ferreira, 2018).

O processo de acompanhamento para realização da cirurgia é bastante rígido e o sujeito precisa estar afirmando a todo o momento sua identidade, para que assim, seja diagnosticado com tal distúrbio e tenha respeitado o seu direito. Segundo Carvalho (2011) todo este processo serve como meio de disciplinar os corpos abjetos produzindo um feminino medicamente desejável, criando uma purificação comportamental e produzindo tipos humanos que se enquadrem nos critérios diagnósticos do DSM IV. O autor ainda relata que em grande parte, as pessoas que buscam o processo transexualizador, já possuem uma série de transformações corporais que foram realizadas também na clandestinidade. Fato que também foi exposto por Ferreira (2018) onde relata que em função do preconceito, muitos buscam de forma clandestina o uso de hormonioterapia e silicone industrial, colocando suas vidas em risco, evidenciando assim, a necessidade de maiores estudos sobre a saúde física e estado mental de pessoas trans, devido aos diversos desafios encontrados por estes sujeitos que interferem diretamente no processo de saúde-doença.

6. Considerações finais

Escrever sobre o cuidado em saúde da População LGBTQI+ foi de extrema riqueza pessoal e profissional. A reflexão proporcionada a mim por este estudo, me despertou o desejo de continuar estudando e trabalhando com a temática do SUS e o cuidado em saúde da população LGBTQI+. Muitos questionamentos ainda ficaram, mas junto deles, surgiu também a inquietação e o desejo de ser um profissional com uma escuta atenta e acolhedora.

Referente a caminhada pela residência, pensando na formação em Saúde Mental Coletiva, ainda há pouca discussão sobre o cuidado em saúde da População LGBTQI+, acredito que a instigação que me cercava durante a minha prática, surgiu por uma questão empática com o tema e com os sujeitos envolvidos e não tão fomentada pela residência, assim, acredito que seja necessário uma formação que amplie o olhar profissional para tais questões.

Percebi que a literatura existente sobre a saúde da População LGBTQI+ tem crescido nos últimos anos, porém, ainda é necessário que se amplie a discussão no meio acadêmico, pois, confesso que acabei um pouco frustrado com a pouca literatura existente perante a um tema tão importante em nossa sociedade. Além disso, é necessário que estes estudos sejam realizados para validar a vida destes sujeitos e potencializá-las e não sejam meras ilustrações de dados.

Como relatado nos resultados, não ocorre a discussão entre as equipes de saúde sobre a temática e assim, os serviços de saúde que deveriam ser espaços acolhedores e de garantia de direitos, tornam-se lugares de extrema violência. O afastamento da População LGBTQI+ a estes espaços são reflexos do preconceito e violências sofridas durante os atendimentos em saúde, porém, muitos profissionais da saúde preferem culpabilizar estes sujeitos pela não adesão e não se propõem a repensar suas práticas.

Espero com este estudo, ter conseguido trazer maior visibilidade a População LGBTQI+ e proporcionar a profissionais da saúde a reflexão sobre suas práticas.

Referências

BENEDETTI MR. Toda Feita: O corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Broome M. **Integrative literature reviews in the development of concepts**. In: Rodgers BL, Knafel KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia: WB Saunders;1993.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

BRASIL. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p.552-563, 2012.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. **Que mulher é essa: identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais**. 2011. 149 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

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

FERREIRA *et al.* Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.41-49, 13 nov. 2017.

FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p.1-10, 28 fev. 2018.

FERREIRA, Syndell Cássia Cruz. **O Processo Transexualizador no SUS e a Saúde Mental de Travestis e Transexuais**. 2018. 72 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2018.

Grupo Gay da Bahia. **MORTES VIOLENTAS DE LGBT+ NO BRASIL RELATÓRIO 2018**. Salvador: Ggb, 2018.

GUIMARÃES *et al.* Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.121-139, 13 nov. 2017.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Uma perspectiva pós-estruturalista. 10. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes (org.). **O corpo educado**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Vozes, 2007.

NEGREIROS *et al.* Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.23-31, mar. 2019.

OMES, Sávio Marcelino; SOUSA, Luciana Maria Pereira de; VASCONCELOS, Thaissa Machado; NAGASHIMA, Alynne Mendonça Saraiva. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p.1120-1133, out. 2018.

Peres, W. S. **Travestis: corpo, cuidado de si e cidadania. Fazendo Gênero Corpo, Violência e Poder**. UNESP, 2008.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 22, maio. 2017.

RUBIN, Gayle. **Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality**. In Carole S. Vance (org.). *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Londres: Routledge e Kegan Paul, 1984. p. 267-319

SIMAKAWA, Viviane Vergueiro. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. 2015. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Whittemore R, Knafl K. **The integrative review: update methodology.** J AdvNurs. 2005;52(5):546-53.

WELZER-LANG. A CONSTRUÇÃO DO MASCULINO: DOMINAÇÃO DAS MULHERES E HOMOFOBIA: Tradução de Miriam Pillar Grossi: Cadernos Pagu, 2001.