



**FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA – FARESI**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**MÁILA TALILA DA CUNHA SILVA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO LGBT NA ATENÇÃO**  
**PRIMÁRIA**

**Conceição do Coité – BA**

**2020**

**MÁILA TALILA DA CUNHA SILVA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO LGBT NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Artigo científico apresentado à disciplina  
TCC II da Faculdade da Região Sisaleira  
– FARESI, como Trabalho de Conclusão  
de Curso do curso Bacharelado em  
Enfermagem.

**Conceição do Coité – BA**

**2020**

**Ficha Catalográfica elaborada por:**  
**Joselia Grácia de Cerqueira Souza – CRB-Ba. 1837**

S231a Santana, Máila Talila da Cunha Silva

Assistência de enfermagem à população LGBT na atenção primária.  
.- Conceição do Coité (Ba.), FARESI, 2021.

19 f.

Referências: f. 19

Artigo científico apresentado à disciplina TCC II, da Faculdade da Região Sisaleira – FARESI, como Trabalho de Conclusão de Curso do curso Bacharelado em Enfermagem.

1. Assistência de enfermagem. 2. População LGBT. 3. Saúde I.  
Título.

**CDD: 306.76**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	5
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
3. METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
4. CONCLUSÕES.....	19
5. REFERÊNCIAS .....	20

## 1. INTRODUÇÃO

A constituição federal em seu artigo 196 é clara ao afirmar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). No entanto, os déficits existentes no sistema público de saúde unido às questões de gênero precarizam a assistência à saúde e a tornam estigmatizada, criando barreiras que afastam a população LBGT das instituições públicas de saúde.

Segundo Guimarães *et al* (2017) a estigmatização dos sujeitos nos serviços de saúde, a qual parte de um preconceito social, que por sua vez baseia-se no modelo de comportamento heteronormativo, e a discriminação de gênero que acontece no serviços de saúde em decorrência dessa estigmatização, tornam-se fatores determinantes da saúde pois, como afirma o autor, ‘...provocam vulnerabilidades específicas, constituem barreiras simbólicas ao acesso, influenciam a qualidade da atenção, e carregam forte potencial para desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura desta população...’ pelo distanciamento que isso causa entre a população LBGT e os serviços de saúde (GUIMARÃES et al, 2017)

Não obstante, isso fere os princípios doutrinários do SUS, ou seja, a universalidade, a equidade e a integralidade, criados, justamente, com o objetivo de tornar o acesso a saúde democrático, resolutivo e justo para que todas as pessoas tenham suas necessidades atendidas, oferecendo um atendimento acolhedor e livre de preconceitos de qualquer espécie (GUIMARÃES et al, 2017).

Ainda de acordo Guimarães *et al* (2017), o desconhecimento e/ou negligência por parte de gestores e profissionais de saúde dos aspectos psicossociais e necessidades específicas da população LBGT, a patologização das variantes comportamentais, o preconceito encarnado nas subjetividades de usuários e profissionais e o sexismo institucional, somam à obstacularização ao acesso a saúde, e contribuem de forma direta para falhas no cumprimento dos princípios citados anteriormente (GUIMARÃES et al, 2017).

Frente a isso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral a população LBGT, instituída pela portaria nº 2.836/2011, que visa destinar um cuidado específico a população LBGT de modo não apenas a suprir suas necessidades em saúde, mas também aumentar a visibilidade de suas causas, incluir esta população nas discussões acerca de saúde e promover ações, em consonância com outros segmentos

sociais, de conscientização social para diminuir a lgbtfobia, além de servir de instrumento de enfrentamento às desigualdades de gênero (BRASIL, 2013).

Com a criação desta política, as questões de gênero passaram a ser vistas como um problema de saúde pública e foram incluídas no processo saúde-doença, considerando que a LGBTfobia implica danos tanto a saúde psíquica quanto a saúde física das pessoas LGBT, o que é corroborado através de dados trazidos na Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT de que entre 2003-2005 foram 360 mortes por LGBTfobia no Brasil, enfatizando ainda mais a gravidade e a urgência de se discutir o assunto e desenvolver meios de inclusão desta população nos espaços de saúde (BRASIL, 2013).

Portanto, a importância de promover discussões sobre o tema justifica-se pela necessidade de levantamento das dificuldades enfrentadas pela população LGBT no quesito saúde, tanto no que diz respeito aos serviços disponíveis quanto a forma como a assistência é prestada, permitindo identificar os possíveis problemas na implantação e efetividade da política nacional de saúde integral a população LGBT e relaciona-los ao entendimento dos conceitos de gênero e sexo pelos enfermeiros torna passível o encontro de soluções para esses possíveis problemas.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 AS QUESTÕES DE GÊNERO E A LUTA LGBT NO BRASIL**

Nascemos e crescemos em uma sociedade já estruturada em um modelo de organização. Este, que não é palpável nem visível em suas facetas de forma física, passa despercebido aos olhares desatentos nos levando a crer que tudo é inerente ao mundo.

Como as influências sociais não são totalmente visíveis, parece para nós que as diferenças entre homens e mulheres são “naturais”, totalmente biológicas, quando, na verdade, boa parte delas é influenciada pelo convívio social (JESUS, 2012).

A utilização do termo gênero como sinônimo de sexo- em seu sentido biológico- é feita desde sempre em todas as sociedades e reflete a leitura social dos corpos, ou seja, a determinação dos comportamentos, da função dos indivíduos e suas sexualidades a partir de seu aparelho reprodutor, criando e reproduzindo um padrão heteronormativo que estrutura as sociedades, principalmente as sociedades ocidentais. No entanto, este pensamento anula o impacto que a cultura em que os indivíduos são criados e a forma como eles se entendem têm em sua identidade de gênero.

Por **sexo** podemos entender que, de acordo as palavras da feminista francesa Simone de Beauvoir (1949) em seu livro *O Segundo Sexo* (1949), este está voltado para a função fisiológica dos corpos e, assim como complementa Melo e Sobreira (2018), “...está diretamente ligado a características físicas, como genitália externa e interna, gônadas, hormônios, cromossomos, etc” (MELO E SOBREIRA, 2018; BEAUVOIR, 1949).

Ainda nesse sentido, Simone de Beauvoir (1949) completa que “machos e fêmeas são dois tipos de indivíduos que, no interior de uma espécie, se diferenciam em vista da reprodução: só podemos defini-los correlativamente”. Assim, a utilização dos termos macho e fêmea está voltada a ciência biológica e serve de definição e separação dos indivíduos segundo a sua funcionalidade na natureza, ou seja, realizar a reprodução de seu genoma para a continuação da espécie, e, para além disso, essa diferenciação e definição de indivíduos só é válida se feita de forma correlacionada, uma vez que, o macho só existe se a fêmea existe e vice-versa (BEAUVOIR, 1949). Logo, definir os indivíduos de forma isolada baseado somente em questões biológicas, além de perpetuar uma ideia que gira em torno de preconceitos de gênero, ignora as contribuições dos estudos sobre cultura acerca do impacto que as vivências de grupos e sociedades têm no comportamento e desenvolvimento psíquico humano, como pode ser observado nas palavras de Laraia (2001):

Os antropólogos estão totalmente convencidos de que as diferenças genéticas não são determinantes das diferenças culturais. Segundo Felix Keesing, “não existe correlação significativa entre a distribuição dos caracteres genéticos e a distribuição dos comportamentos culturais... (LARAIA, 2001).

O autor ainda completa que “a espécie humana se diferencia anatômica e fisiologicamente através do dimorfismo sexual, mas é falso que as diferenças de comportamento existentes entre pessoas de sexos diferentes sejam determinadas biologicamente”, o que reforça a afirmação que a classificação do que é masculino e do que é feminino não segue o determinismo biológico (LARAIA, 2001).

No que tange a sexualidade, de acordo Anjos (2000), esta não se limita às características biológicas dos corpos, mas perpassa por questões culturais que participam da formação da identidade das pessoas, e, considerando também as observações de Beauvoir (1949), a sexualidade não é definida necessariamente pelo sexo, visto que, segundo a autora, a reprodução das espécies, por exemplo, independe da sexualidade, haja vista que alguns animais reproduzem-se de maneira assexuada, ou seja, não há

envolvimento físico entre os seres de sexos diferentes para que ocorra formação de novos indivíduos.

Para só falar dos animais, sabe-se que entre os unicelulares— infusórios, amebas, bacilos etc. — a multiplicação é fundamentalmente distinta da sexualidade, com as células dividindo-se e subdividindo-se solitariamente (BEAUVOIR, 1949).

Como afirma Deborah Britzman (1999) apud Araújo e Santos (2009) “a sexualidade não segue as regras da cultura, mesmo quando a cultura tenta domesticar a sexualidade”. Logo, o padrão social heteronormativo enclausula a sexualidade e a limita a corpos quando a mesma faz referência às sensações, às respostas a estímulos sexuais não somente físicos, mas também psíquicos e, dessa forma, tenta apagar da humanidade a diversidade de expressões de sexualidade que existe (ARAÚJO E SANTOS, 2009).

A sexualidade é um aspecto central na vida das pessoas e pode envolver o ato sexual, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a afetividade, o amor e a reprodução. Ela é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Cabe ressaltar aqui que, considerando que a sexualidade, assim como o gênero, é uma espécie de rede que interliga diversos pontos de discussão social que vai desde o “gostar de ser” ao “dever ser” e as implicações que este “dever ser” heteronormativo acarreta à população LBGT, trata-la como um aspecto fisiológico apenas, resulta em negligência de outras questões que perpassam pela sexualidade, o que pode naturalizar situações problemáticas que implicam, inclusive, na saúde pública, tais como a LGBTfobia e os transtornos psicológicos resultantes disso.

Gênero por sua vez, de acordo Jesus (2012, pg.8) em seu livro Orientações Sobre Identidade de Gênero: conceitos e termos, é a construção social de padrões de comportamento que divide os seres humanos em homem/ masculino e mulher/feminino, que apresenta variações de acordo as culturas, e que relaciona-se as discussões acerca do conceito de sexualidade.

[...]gênero é social, construído pelas diferentes culturas. E o gênero vai além do sexo: O que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os cromossomos ou a conformação genital, mas a auto percepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente (JESUS, pg 8, 2012).

O termo foi criado justamente com vista a oposição ao determinismo biológico, propondo o contrário deste, ou seja, que os atores sociais aprendem a se comportar em sociedade seguindo um modelo de comportamento padrão para cada sexo, modelo este

que enquadra os seres como, necessariamente, hetéros e cisgêneros, colocando o gênero, a sexualidade e o sexo como sinônimos de maneira a negar a subjetividade dos sujeitos, haja vista que ser macho não significa necessariamente ser homem e ser hetéro, da mesma forma que ser fêmea não significa necessariamente ser mulher e ser hetéro (PEREIRE et al, 2017).

De fato, assim como afirma Ferreira (2018), não há que se negar que o gênero se faz sobre os sexos e isolado deste, mas é necessário entender que o enfoque do termo gênero está pautado em uma construção histórica e social baseada na divisão binária biológica dos indivíduos de acordo com Borieu (2011, p. 20) apud Ferreira (2018): “o mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes”, no que se entende que o gênero é construído sobre um corpo que tem sexo mas independe deste para ser definido pela própria pessoa.

Partindo deste ponto, gênero está diretamente relacionado a forma como o indivíduo se vê em sociedade, as relações que ele mantém com outras pessoas e com aquilo que o cerca. Ao se impor um comportamento “enquadrado”, que limita a personalidade de cada ser, aquilo que foge a este comportamento torna-se inferior, estranho, intolerável, montando um sistema excludente e preconceituoso, que por sua vez, também impacta na maneira como a pessoa se enxerga, fazendo-a interiorizar um pensamento de inferioridade, vergonha, insuficiência, fragilizando sua auto aceitação e arriscando, inclusive, sua saúde mental (ANJOS, 2000).

Neste sentido, a utilização errônea entre gênero, sexo e sexualidade como sinônimos, nega a existência de outras formas de expressão e interação entre os seres humanos e as classificam como distúrbios psíquicos e genéticos ou mesmo doenças, e que sequestra, de certa forma, o direito à liberdade de cada ser humano. É o que acontece quando nos referimos a sigla LGBT.

LGBT é a sigla da população que se entende e se enxerga em sexualidade e/ou gênero diferente daqueles que a sociedade padronizou.

Quando nos referimos a sigla LGBT, temos que o “L” e o “G” referem-se a mulheres e homens cisgêneros que se relacionam afetivamente com pessoas do mesmo sexo e gênero, designados, portanto, como lésbicas e gays, respectivamente. O “B” se refere as pessoas cisgênero que sentem atração sexual por ambos os sexos, são os chamados bissexuais, e o “T” de transgênero, àquelas e àqueles cujos gêneros não segue o esperado para seu sexo biológico.

É importante entender também que as discussões acerca de gênero perpassam por dois conceitos: o de transgeneridade e o de cisgeneridade. A primeira gira em torno da apresentação da pessoa que diferente daquela que se espera para tal sexo, é o que acontece com travestis, transeleiros e transexuais, por exemplo. A segunda faz menção a ligação entre a forma como a pessoa se apresenta em sociedade e o seu sexo biológico, o macho que se entende homem/masculino e a fêmea que se entende mulher/feminina, considerando que sexualidade e gênero vão além daquilo que o senso comum definiu como homem e mulher, não seguindo a ideia heteronormativa vigente (JESUS, 2012; MODESTO, 2013).

Nesse aspecto, a orientação sexual é justamente a maneira como cada ser expressa sua relação afetiva/atrativa com outros seres, a qual, ao contrário do que pensam, nada tem a ver com opção sexual, haja vista que uma opção é uma escolha, e ninguém escolhe ser alvo de piadas, preconceito, condenação, e até mesmo assassinato, e completa o Ministério da saúde (2010) que a orientação sexual é “entendida como a seta ou direção para onde aponta o desejo erótico de cada pessoa” que só pode ser entendida de maneira plena por quem a sente.

Gênero se refere a formas de se identificar e ser identificada como homem ou como mulher. Orientação sexual se refere à atração afetivo sexual por alguém de algum/ns gênero/s. Uma dimensão não depende da outra, não há uma norma de orientação sexual em função do gênero das pessoas, assim, nem todo homem e mulher é “naturalmente” heterossexual (JESUS, 2012).

Nessa perspectiva, a divisão binária dos gêneros seguindo a lógica dos sexos dividiu e classificou comportamentos que não depende da organização social mas sim da intimidade de cada indivíduo, criando uma espécie de segregação e desumanizando seres humanos.

Assim, a luta LGBT por reconhecimento e respeito inicia a partir de discussões sobre a temática com as diversas esferas sociais com vista a facilitar o entendimento do assunto pela população e promover a dissociação de tais termos.

Homossexuais, lésbicas, bissexuais e trans. sempre existiram e existem no mundo (da mesma forma como existiram e existem heterossexuais) e junto com eles a homofobia baseada na utilização errônea dos conceitos de gênero, sexo e sexualidade que resultaram e resultam em perseguição da população LGBT os “encarcerando” dentro deles mesmos por toda a história da humanidade.

Esse encarceramento começa a ser desfeito no Brasil, por exemplo, logo após o fim da ditadura militar e através da arte como traz Bezerra et al (2013) ao afirmar a

existência de grupos de teatro que utilizavam de acessórios femininos e masculinos sem especificação entre os gêneros. (BEZERRA et al, 2013).

Porém, é através do jornal *Lampião da Esquina* e do grupo *Somos* que a luta dos homossexuais, lésbicas, trans. e bissexuais passa a ser vista como movimento político.

O jornal *Lampião da Esquina*, sediado no Rio de Janeiro e criado em 1978, possuía em sua equipe de escritores homens gays que escreviam para a sociedade, mas principalmente para a população LGBT da época sobre a homossexualidade, e o *Somos*, Grupo de Afirmação LGBT com sede em São Paulo também criado em 1978, reunia a população LGBT para movimentarem-se politicamente em busca de garantia de direitos (BORTOLOZZI, 2019).

Dois anos depois, em 1980, acontece o I Encontro Brasileiro de Homossexuais que teve por objetivo a exclusão do termo homossexualismo pela OMS, pois o sufixo *ismo* é usado na medicina para designar uma situação clínica, logo, o uso de homossexualismo caracteriza a homossexualidade como um estado de desordem mental passível de cura, além da criminalização da discriminação pela orientação sexual na Constituição Federal de 1988 e no Código de Ética do Jornalismo (ROCHA et al), e nos 1981, 1985 e 1990, foi implantado o dia do orgulho gay (dia 28 de junho), o Conselho Federal de Medicina do Brasil e a Organização Mundial de Saúde passam a desconsiderar e excluem de suas classificações de doenças o termo homossexualismo, ratificando a importância dos movimentos de luta LGBT, respectivamente. (CANABARRO, 2013).

Os anos seguintes foram marcados pelo aparecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana que, na conjuntura da época, foi forte e diretamente associado a relação homoafetiva. Por um lado isso fortaleceu e intensificou a homofobia sofrida pela população LGBT da época, estimulando, inclusive, muitos homossexuais a perquirirem a cura gay, por outro aumentou a atenção e os estudos sobre essa população em particular, também para controlar a disseminação do patógeno (ROCHA et al.) .

Na década de 80, eclode a epidemia de SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – ou AIDS, como comumente chamada na sigla em inglês. A imprensa batiza de “Peste Gay”, “Câncer Gay”<sup>5</sup>, e os grupos militantes se veem diante de uma situação inesperada. Antes, a luta era por liberdade, agora, ao ver tantxs amigxs militantes morrendo, torna-se uma luta pela vida. Muitxs desistem, como nos mostra Fry (1993), mas outrxs tantxs se mantêm e se obrigam a dar uma resposta para a epidemia. Neste momento, instala-se algo que marca o Movimento LGBT: a parceria com o Estado, em especial, as áreas governamentais da Saúde (PARKER, 2000 apud CANABARRO, 2013).

Nessa perspectiva, os militantes LGBT aproveitaram-se do arcabouço do Estado, inclusive do Ministério da Saúde com as políticas de prevenção ao HIV, e da visibilidade que a pandemia do HIV trouxe para reivindicarem mais direitos negados, reativando a militância estagnada pela estigmatização social causada pela pandemia. É neste momento que os movimentos em prol da luta LGBT tornam-se cada vez mais numerosos e significantes.

No ano de 1995 é fundada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT), a qual busca a inserção das pessoas que mantêm relação sexual diferente do padrão heteronormativo democraticamente, de modo a estimular uma sociedade inclusiva, tolerante e aberta com efeito positivo sobre a justiça social (CANABARRO, 2013).

Mas é em 1996 que a existência dos homossexuais é retratada em um documento oficial do governo federal brasileiro no Plano Nacional de Direitos Humanos lançado em 2002 ainda na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (CANABARRO, 2013; MELO et al, 2012).

Seguindo a sequência de conquistas, em 1999 o Conselho Federal de Psicologia aprovou a proibição da terapia pela cura gay; em 2000, o INSS reconheceu o direito de auxílio as pessoas LGBT em caso de falecimento de seus parceiros sexuais (CANABARRO, 2013).

Nessa mesma perspectiva, os anos a partir de 2004 tiveram maior visibilidade e políticas públicas voltadas à essa população.

Em 2004, por exemplo, foi lançado pelo governo federal o programa Brasil Sem Homofobia como um meio de combate a violência sofrida por esse grupo social; em 2008, acontece a I Conferência Nacional de gays, lésbicas, travestis, bissexuais e transexuais; no ano seguinte, ocorre a criação do Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Em 2011 e 2013, tem-se como direito LGBT o casamento estável e civil tanto pelo Supremo Tribunal Federal quanto pelo Conselho Nacional de Justiça, este, através da resolução nº 175 (ROCHA et al).

Recentemente, nos anos de 2012 e 2019, ocorreram a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e a criminalização de atitudes discriminatórias contra a população LGBT pelo Supremo Tribunal Federal (OLIVEIRA e BÁRBIERI, 2019).

As vitórias oriundas da resistência e da luta LGBT pelo direito de viver dignamente são, de fato, consideráveis. No entanto, os crimes de homofobia, principalmente contra as pessoas trans., assustam e reafirmam a necessidade de ir contra esse pensamento. Dados da ONG europeia Transgender Europe quantificam 868 assassinatos de transexuais e travestis no Brasil entre os anos de 2008-2016, configurando o país como líder em crimes contra esse grupo no mundo, lembrando que esse número pode estar ainda abaixo do real devido a subnotificação (TRANSGENDER EUROPE, 2016).

Em 2014, segundo o jornal Correio Braziliense, um menino de oito anos foi morto, espancado pelo próprio pai quando este buscava ‘ensiná-lo a ser homem’; uma menina foi ameaçada pela própria avó e estrangulada no mesmo ano. Esses são apenas dois dos inúmeros casos de transfobia e outros tipos de homofobia que acontecem no Brasil.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2012) traz também que entre os anos de 2003-2005 foram 360 crimes por homofobia com vítimas fatais cometidos contra gays, lésbicas e travestis em todo o Brasil, e complementa Rocha et al que, em 2012, ocorreram 3.084 denúncias de 9.982 violações relacionadas à população LGBT, envolvendo 4.851 vítimas e 4.784 suspeitos, um aumento de 166,09% de denúncias e 46,6% de violações em relação a 2011, quando foram notificadas 1.159 denúncias de 6.809 violações de direitos humanos contra LGBT, envolvendo 1.713 vítimas e 2.275 suspeitos.

Esses números, além de corroborarem a notoriedade das pautas LGBT, explicitam a desumanização a qual essa população está sujeita mesmo diante de leis criadas em sua proteção e a consequente intolerância às diferenças em seguimento ao modelo heteronormativo reforçado por uma cultura patriarcal.

Nesse sentido, tendo como base que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, instituída através da portaria 2.836/2011, foi criada, justamente, como um mecanismo de assegurar este direito, além de visar o desenvolvimento de ações de combate à discriminação sofrida por esta parcela de brasileiros, desde sempre estigmatizada e excluída, garantindo-lhes acesso e participação nos espaços de saúde, devolvendo assim cidadania e direito a participação social, os quais também são direitos afirmados em lei, como a lei nº 8.142 de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A visibilidade das pautas LGBT teve início a partir da pandemia de HIV/AIDS na década de 1980 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013). Apesar desse acontecimento possuir um teor homofóbico, uma vez que essa associação, de maneira exclusiva, da existência da doença com a homossexualidade por esta ser considerada promiscuidade, fomentou discussões sobre as causas LGBT na sociedade, e mesmo que com vista ao controle da pandemia, resultou em notoriedade desta pelas autoridades.

Sabendo-se que a saúde não é simplesmente a ausência de doenças, mas um bem-estar também psíquico, pontuar as variedades de preconceitos que a população LGBT sofre perpassa pelo campo da saúde, devendo-se considerar que vestem diversas faces dependendo do grupo LGBT em questão e das características sociais destes, já que não ocorrem de maneira isolada de outros preconceitos sociais, sendo reforçados pelo racismo, machismo, misoginia e xenofobia, por exemplo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (2013) apud Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (2006), cerca de 40% das mulheres que procuram atendimento nas instituições de saúde não revelam sua orientação sexual, as 28% que revelam referem maior rapidez do atendimento médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários; em relação ao exame preventivo de câncer de colo de útero, só 66,7% das mulheres lésbicas e bissexuais realizam o exame em oposição a 89,7% das mulheres heterossexuais que realizam o exame.

A marginalização da população LGBT dobra quando se fala dos transexuais e travestis, haja vista que, por não se aterem ao sexo e ao gênero ligado a este, ocorre de maneira ainda mais violenta. Prostituição, cirurgias plásticas clandestinas, utilização de hormônios sem acompanhamento médico, abuso de drogas ilícitas, maior risco de ISTs, maior susceptibilidade a violência física e psicológica, que reflete em maior comprometimento da saúde mental, tornam essa parcela LGBT mais necessária de atenção. Essa marginalização ainda é acentuada pela LGBTfobia demonstrada no próprio ciclo social da pessoa LGBT, resultando na omissão de sua sexualidade e exercício desta

em ambiente “clandestino”, com exposição ainda maior às IST’s (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Foi justamente na perspectiva de promover saúde a população LGBT de modo a contornar essa situação de discriminação e preconceito e fazer jus ao princípio da universalidade assegurado na lei orgânica do SUS, que o Ministério da Saúde, através da portaria 2.836 de dezembro de 2011, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, composta de objetivos, diretrizes e responsabilidades nas três esferas de governo.

No que se refere aos objetivos, tem-se que, entre outros, a política compromete-se em: ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados; promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde.

Nota-se aqui que a política busca ofertar cuidados à saúde a população LGBT mas sob um prisma de reorganização social, principalmente quanto aos travestis e transexuais- por estarem ainda mais a susceptíveis a marginalização e são ainda mais vítimas de crimes de cunho homofóbico-, de modo a alterar determinantes e condicionantes de saúde- haja vista que saúde não resume-se a ausência de doenças, mas é tida também como um completo bem estar mental-, justamente com o intuito de reformar um pensamento segregador ao considerar os reflexos disso nas condições de vida dessa população.

Para tal, é importante que exista preparação dos profissionais de enfermagem, seja ainda no ambiente acadêmico ou nos espaços de prestação da assistência, de maneira que consigam romper com a lógica heteronormativa e estrita a conceitos biológicos do sistema e compreender inclusive que o preconceito/LGBTfobia ocorre em consonância a outros recortes sociais como o racial, por exemplo, o que acrescenta mais disparidades dentro

do movimento, tornando ampla e distinta as necessidades de saúde das pessoas LGBT (ALVES).

## **2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO LGBT**

Querino *et al* (2017) destaca como um dos problemas na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem o despreparo destes principalmente em ginecologia frente a população LGBT. Sendo esta uma área que por si só já constrange as mulheres, esse constrangimento é dobrado nas mulheres LGBT; um acolhimento que coloque a sexualidade dessas mulheres em evidência diante de outros usuários e a partir de “piadas” ou comentários preconceituosos fere o sigilo profissional-paciente, além de distancia-la ainda mais do serviço.

A confusão no significado dos termos também compromete a assistência no sentido de como o profissional se dirige aos pacientes. A consideração dos profissionais de que ser LGBT é uma escolha pode leva-lo a tratar o paciente com certo desdém ou indiferença, o que resulta em limitação da qualidade da assistência, afastamento do serviço de saúde e prejuízos para a saúde do indivíduo, unido ao fato de que a associação, mesmo que eu inconsciente, da homossexualidade com a promiscuidade faz o enfermeiro solicitar testes sorológicos em tais pacientes de forma automática, sem sequer conhecer a história sexual destes.

Por outro lado, a incompreensão dos conceitos e da relação sexo-gênero se materializa na forma como os profissionais atendem pacientes LGBT, ou seja, sem saber como se dirigir a eles; têm medo de parecerem ou serem preconceituosos mesmo respeitando a sexualidade de cada ser ou, de fato, cometerem crime de homofobia. Estudo realizado por Nietzsche *et al* (2018) sobre a percepção de discentes de enfermagem da população LGBT revelou que muitos ainda utilizavam termos como homossexualismo e opção sexual, o que também implica em pensar sobre a necessidade da discussão do tema ainda em ambiente acadêmico, reafirmando a indispensabilidade da existência da Política Nacional de Saúde Integra de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Referente aos problemas encontradas na assistência a população LGBT, existe situações que não estão relacionadas unicamente a maneira como o enfermeiro realiza sua abordagem e condução do atendimento à uma pessoa LGBT, mas também a participação dos outros usuários não LGBT na unidade, haja vista que o comportamento destes – que pode apresentar-se como comentários, olhares e/ou mesmo questionamentos sobre a

orientação sexual dos pacientes LGBT- influenciam o retorno ou não do paciente LGBT, o qual pode sentir-se desrespeitado, julgado, um incomodo na unidade e afastar-se ainda mais do serviço.

O que chama atenção nessas situações é a ausência de um posicionamento do enfermeiro em relação a proteção da dignidade e do direito do paciente LGBT estar ali, na unidade, tanto quanto qualquer outro paciente, passando a ideia de descaso e desinteresse quanto aos problemas destes usuários por parte dos enfermeiros.

A ausência de salas de espera com a abordagem da sexualidade é outro ponto de discussão não discutido na atenção primária que reflete perpetuação de um pensamento preconceituoso e continuação de um ciclo de desinformação da população que reforça o padrão heteronormativo da sociedade e tira a responsabilidade de todos de cobrar justiça social para que todos tenham acesso a saúde da maneira que deve ser- sem distinção de nenhum fator particular dos indivíduos.

As convicções dos profissionais enfermeiros também compõem o quadro de problemas na assistência a população LGBT, perceptível quando analisamos os enfermeiros primeiro como cidadãos, ou seja, os profissionais não chegam na profissão ausentes de vivências, experiências, pensamentos pessoais, eles nascem e crescem em uma sociedade que já possui uma estruturação heteronormativa e é justamente o que aprendem durante a vida e reproduzem também, logo, não é inédito ouvir enfermeiros comentando entre si a respeito da sexualidade dos que fujam dos padrões, com grande influência de seus princípios religiosos.

Para além disso, a pouca importância que se dá a política nacional de saúde integral a população LGBT torna a situação um ciclo vicioso, já que essa pouca importância dada a mesma impede a aplicação do tema como discussão na atenção primária, e, uma vez que não existe discussão não existe visualização do problema e, conseqüentemente, não há busca por soluções para tal, dando continuidade a uma condição de exclusão.

Em decorrência disso, a educação continuada, que serve, neste caso, como um mecanismo de conscientização dos enfermeiros para esse problema não é ofertada pelos empregadores e as questões que comprometem a assistência de saúde a população LGBT oriundas dos próprios enfermeiros não podem ser redefinidas; os direitos firmados no SUS destinados a essa população como a readequação sexual não são garantidos, o que abriu brechas para o crescimento das clínicas clandestinas que se beneficiam da morte de pessoas.

Nessa perspectiva, é fundamental compreender que a enfermagem não se faz apenas pela execução de procedimentos, mas de cuidados aos usuários que vão além de suas necessidades físicas.

A atuação dos enfermeiros como agentes transformadores da sociedade é de extrema importância, principalmente na atenção primária, porque as condições de vida dos usuários refletem diretamente na qualidade de vida e integram os determinantes e condicionantes sociais.

Ao agirem de modo a promover bem-estar dos usuários e fazem isso sem julgamentos, os enfermeiros facultam o desenvolvimento de justiça social, tornam a assistência realmente universal e igualitária, agem na prevenção e proteção da saúde das pessoas de forma horizontal e fazem isso com maior assertividade contribuindo mais com a diminuição dos gastos com medicina curativa.

No entanto, não é possível simplesmente moldar o enfermeiro para que este se aposses de seu poder de ação social, é necessário que a (re)educação continuada seja ofertada pelos empregadores sobre temas de cunho social, que temas como os direitos da população LGBT no SUS seja discutido com a participação das pessoas LGBT.

É necessário que informação em saúde para a população seja também ofertada através de panfletos, cartazes dispostos nas próprias unidades, campanhas do Ministério da Saúde esteja dispostas nos meios de comunicação, principalmente sobre os direitos assegurados pelo e no SUS.

Nessa perspectiva, esta pesquisa possui um caráter bibliográfico de abordagem qualitativa com vista a avaliação da situação de saúde dos cidadãos LGBT na atenção primária a saúde, com uso de descritores de busca como “enfermagem e população LGBT”, “sexualidade”, “gênero”, “política de saúde à população LGBT”, “identidade de gênero” nas plataformas de pesquisa de dados Scielo, Google academy, e uso de artigos científicos publicados a partir do ano 2000.

Vale ressaltar que, segundo Lakatos e Marconi (2003), pesquisa bibliográfica é uma espécie de compilado científico sobre determinado tema, mas não se restringe unicamente a isso. A pesquisa bibliográfica segundo as autoras é uma possibilidade de obter novas análises de diversos ângulos do objeto de estudo a partir daquilo que já existe sobre ele e criar novas teorias, situações, problemas e soluções para tal (LAKATOS; MARCONES, 2003).

Fonseca (2002) apud Araujo e Queiroz (2020) completa que a pesquisa bibliográfica está baseada na reunião de teorias existentes sobre o assunto a ser estudado

publicadas em meios eletrônicos e escritos, e que esta é o ponto de partida para os diversos outros tipos de estudo, já permite a aproximação do pesquisador com aquilo que estuda.

Nesse sentido, segundo concluem Correia e Souza (2010), a pesquisa bibliográfica “é localizar e consultar nas fontes escritas as informações pertinentes ao tema proposto, coletando dados úteis para embasar, complementar e responder a um problema pela utilização de bibliografias já publicadas” (CORREIA; SOUZA, 2010).

### 3. CONCLUSÃO

A visão hospitalocêntrica da saúde atrapalha a participação e atuação da enfermagem no âmbito social, uma vez que restringe a visão dos enfermeiros aos distúrbios orgânicos e torna a doença o centro do cuidado quando este deveria ser o paciente, além de romper com a essência da profissão, que nasceu em contexto de guerra através participação voluntária de Florence Nightingale na guerra da Crimeia em 1854 para cuidar dos soldados feridos, e cresceu a partir das santas casas de misericórdia, que serviu de instituição de cuidado sem fins lucrativos para as pessoas sem acesso a assistência a saúde. O que se tem ao separar o conhecimento técnico da enfermagem de sua condição de cuidado, de empatia e assistência humanizada é um tratamento que ignora o indivíduo.

O papel social da enfermagem torna a assistência a saúde mais efetiva, completa e integral e é um dos pontos de partida da atenção primária. Entender que o paciente não é apenas um organismo doente necessitando de serviços de saúde é o que torna a enfermagem a ponte entre o bem estar do cliente e a doença, participando e mediando a compreensão do paciente de seu próprio processo saúde-doença.

Porém, para que seja possível a atuação do enfermeiro para além do consultório de enfermagem e das limitações das atividades internas da enfermagem na atenção primária, é fundamental que o profissional enxergue o paciente em meio a sua vida em comunidade e a resposta da comunidade à sua participação. A análise crítica das situações e sua co-relação, seu impacto à saúde dos indivíduos aproxima tais profissionais de suas atribuições como agente transformador, trabalhando junto ao paciente, junto a comunidade, junto aos gestores e junto a outras categorias profissionais em busca de subterfúgio para melhorar a prestação dos serviços de saúde.

#### 4. REFERÊNCIAS

- ANJOS, Gabriele dos. **Identidade Sexual e Identidade de Gênero**: subversões e permanências. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 2, n° 4, p.274-305, jul/dez 2000.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. **Manual de Comunicação LGBT**. [S.l.], [199?].
- BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**, 1949. Tradução de Sergio Milliet. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- CANABARRO, Ronaldo. **História e Direitos Sexuais no Brasil**: o movimento lgbt e a discussão sobre a cidadania. [S.l.], 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FERREIRA, Daniele da Silva. **Construção da Identidade de Gênero**: reflexões em contexto escola. Minas Gerais, 2018.
- JESUS, Jaquelijne Gomes de. **Orientações sobre Identidade de Gênero**: conceitos e termos. 2.ed. Brasília: [s.n], 2012.
- LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 14.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- MELLO, Luis; BRITO, Walderes; MAROLA, Daniela. **Políticas públicas para a população LGBT no Brasil**: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos Pagu* (39), [S.l.], p.403-429, julho/dezembro de 2012.
- ROCHA, Karoline Almeida et al. **Movimento Lgbt e Políticas Públicas**: da (in)visibilidade ao reconhecimento. [S.l.], [200?].
- SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ. Superintendência de Educação. Departamento da Diversidade. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. **Sexualidade**. Curitiba, 2009.
- SEMINÁRIO CETROS SOBRE NEODESENVOLVIMENTISMO, TRABALHO E QUESTÃO SOCIAL, IV, 2013, Fortaleza. **Movimento Lgbt**: breve contexto histórico e o movimento na região do Cariri. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2013.