

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c09>

(DES)CAMINHOS PARA O ACESSO INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBTI+ À SAÚDE: UMA ENFERMIDADE CHAMADA ESTIGMA

Giselle Lima de Freitas^I

ORCID: 0000-0002-8118-8054

Tyane Mayara Ferreira de Oliveira^{II}

ORCID: 0000-0002-5453-7087

Lucivânia Sousa^{III}

ORCID: 0000-0002-7590-8086

Livia Cerf Quintero^I

ORCID: 0000-0002-3386-0838

Luana Leão Menezes^I

ORCID: 0000-0002-9137-2103

Ana Karina Bezerra Pinheiro^{II}

ORCID: 0000-0003-3837-4131

^IUniversidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Ceará.
Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{III}Universidade Federal do ABC.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Giselle Lima de Freitas
gisellelf@yahoo.com.br

Como citar:

Freitas GL, Oliveira TMF, Sousa L, Quintero LC, Menezes LL, Pinheiro AKB. (Des)caminhos para o acesso integral da população LGBTI+ à saúde: uma enfermidade chamada estigma. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 84-9 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c09>

 Revisora: Glauberto da Silva Quirino.
Universidade Regional do Cariri.
Crato, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil é fruto de lutas, marcado especialmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e representou um divisor de águas no contexto da assistência à saúde de cidadãos e cidadãos brasileiros⁽¹⁾. No entanto, a garantia dos princípios da integralidade, universalidade e equidade que regem o SUS na atenção às populações em situação de vulnerabilidade ainda é um desafio⁽²⁾.

Os investimentos para a sensibilização, capacitação continuada e formação dos profissionais de saúde no atendimento à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros e pessoas Intersexo (LGBTI), por exemplo, encontram-se distantes da necessidade social e prevalecem ações pautadas em modelos biologicistas e baseados na heteronormatividade⁽³⁾. A presente discussão pauta-se nas necessidades do público LGBTI+ e compreende o símbolo de adição na perspectiva de representação das diversas identidades de gênero e orientações sexuais.

A população LGBTI+ apresenta receio em revelar a sua orientação sexual nos serviços de saúde, por entender que essa informação pode acarretar redução da qualidade da assistência⁽³⁾. Ademais, estudo de revisão integrativa sobre assistência de Enfermagem à população trans e/ou com variabilidade de gênero evidenciou que apenas 13% dos enfermeiros sentem-se preparados para atender às necessidades do referido público⁽⁴⁾.

Existe ainda, dificuldade em quantificar essa população e suas necessidades, uma vez que o censo nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística não inclui perguntas relativas à orientação sexual e identidade de gênero⁽⁵⁾. Nesse contexto, por vezes, a população LGBTI+ é definida como grupo minoritário⁽⁶⁾. Essa classificação não é sinônimo de numericamente menor, mas no sentido



qualitativo, representa aqueles que mais sofrem com a discriminação e intolerância, necessitando de maior atenção para as suas especificidades⁽⁷⁾.

Informações sobre a população LGBTI+, suas necessidades, realidades específicas de vida e saúde são essenciais para a formulação de políticas públicas, e seu desconhecimento expõe esse público a situações de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade perpassa por um conjunto de aspectos relacionados ao indivíduo e à comunidade que podem levar ao adoecimento e a menores recursos de proteção social⁽⁸⁾. Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, definidos como Determinantes Sociais da Saúde (DSS), influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco, sendo necessárias medidas estruturais para garantir a proteção dos direitos básicos e cuidados em saúde⁽⁹⁾.

A atuação junto às pessoas LGBTI+ tem como desafio maior a superação de suas representações sociais estigmatizantes. A população LGBTI+ historicamente sofre processos de discriminação, exclusão, adoecimento e morte, que são considerados determinantes de sua saúde⁽¹⁰⁾ e fundamentais para as suas lutas por direitos.

No Brasil, o movimento de conquistas políticas da população LGBTI+ iniciou-se com o Programa Brasil sem Homofobia de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual, lançado em 2004. No mesmo ano, o Ministério da Saúde constituiu o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, objetivando a construção de uma política específica no âmbito do SUS. Finalmente, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) legitimou-se como fruto de um amplo processo democrático e participativo⁽¹¹⁻¹²⁾.

Provocadas por observações e experiências pessoais e profissionais associadas a valorações de ordem moral que alimentam preconceito, indiferença e violência, nós, autoras, nos debruçamos neste texto. Contudo, não é uma tarefa simples, pois implica em mudança de olhar que confronta sistemas de valores sociais profundamente normatizados no agir cotidiano. Objetivamos refletir sobre a assistência à saúde à população LGBTI+ contemplando sua complexidade. Almejamos que a leitura do capítulo alcance professores e estudantes da área da saúde e a sociedade civil, de forma a promover integração, partilha de conhecimentos e estímulo ao pensamento crítico, pautando-se no respeito ao próximo, com toda a sua bagagem de vida e especificidades.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTI+: REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O acesso integral à saúde é um direito humano a ser garantido pelo Estado às pessoas LGBTI+, que o conquistaram após décadas de lutas dos movimentos sociais. No entanto, o preconceito, a discriminação e a exclusão dessa parcela da população do corpo social e dos serviços de saúde em razão da identidade de gênero, orientação sexual e do estigma ainda são notadamente marcadores sociais que produzem iniquidades e complexificam o acesso e a permanência desses sujeitos sociais nesses serviços.

A construção social das identidades de gênero se dá pelas relações sociais, identificações processuais, tecnologias e biotecnologias do tempo histórico. Nesse contexto, as transgeneridades e as travestilidades são caracterizadas pela não correspondência entre a identidade de gênero e o sexo biológico do indivíduo, e pelo sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico⁽¹³⁾.

Apesar dos significativos avanços políticos, sociais, científicos e jurídicos da população LGBTI+, o julgamento profissional e valores de ordem moral no campo da saúde no que se refere à diversidade sexual e de gênero ainda são realidade. A concepção patologizante é derivada da estereotipação e estigmatização social, institucional e programática das pessoas LGBTI+, que são associadas à promiscuidade e às condutas não salutares. Tais fatores refletem na assistência à saúde prestada a essas pessoas, tendo sido descritas condutas violentas e discriminatórias por parte de profissionais, como a proferição direta de ofensas⁽¹⁴⁾.

Estudo acerca do conhecimento de estudantes de enfermagem sobre homossexualidade e bissexualidade evidenciou fragilidade sobre a temática, com superficialidade de discussão durante a formação⁽¹⁵⁾. Uma pesquisa que abordou as representações sociais que trabalhadores da atenção primária à saúde atribuem às



peças LGBT evidenciou a presença marcante do componente biologicista, o qual relaciona-se com fatores hormonais ou fisiológicos e acaba por potencializar concepções moralistas cis-heteronormativas e religiosas⁽¹⁶⁾.

No ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou a homossexualidade da lista de doenças, entretanto, até o ano de 2018, a transexualidade permanecia como um transtorno de identidade de gênero, inscrita no capítulo de doenças mentais na Classificação Internacional de Doenças (CID). Hoje, a transexualidade é descrita como uma incongruência de gênero, contemplada no capítulo das condições relacionadas à saúde sexual, com destaque para o fato dela ainda permanecer na CID⁽¹⁷⁾. Por outro lado, a manutenção da patologização das identidades transexuais ainda é a forma de se garantir o acesso dessa população ao processo transexualizador no SUS.

O ranço histórico de uma ligação direta entre as pessoas LGBTI+ e infecções transmitidas sexualmente desencadeou nesta população uma sensação de não pertencimento aos serviços de saúde e fortaleceu o medo de serem vítimas de algum processo de violência. Por outro lado, parece permanecer entre os profissionais da saúde uma ideia preconcebida de que cuidar da saúde de pessoas LGBTI+ é tratar de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

O cuidado em saúde do público LGBTI+ deve garantir e extrapolar aspectos relacionados à saúde sexual, por vezes limitada a ações específicas sobre ISTs, e englobar, por meio de um cuidado integral, a saúde reprodutiva e mental desse público. Assim, as abordagens profissionais devem abranger ações que: 1. promovam o cuidado em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2. possibilitem o acesso à prevenção e tratamento de cânceres ginecológicos em lésbicas, mulheres bissexuais e homens trans; 3. previnam câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e seu tratamento; 4. discutam orientação sexual e identidade de gênero; 5. promovam sexo seguro entre vaginas e vulvas e a despatologização do sexo anal; 6. afirmem os direitos sexuais e reprodutivos; 7. protejam o processo transexualizador; 8. ofereçam serviços quanto ao uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; e 9. visem a diminuição do estigma e a proteção da saúde mental.

O formato heteronormativo das ações em saúde pode silenciar outros tipos de vivências e prejudicar a promoção da saúde integral. Para mudança desse cenário que vulnerabiliza a população LGBTI+, deve-se garantir informação e representatividade nas campanhas de prevenção e nas ações de promoção de saúde. Por exemplo, na realização de campanhas de prevenção do câncer de mama e de próstata que incluam homens e mulheres trans, respectivamente, bem como a realização do exame preventivo de colo de útero em mulheres lésbicas e homens trans. A falta da informação e do acompanhamento preventivo dificulta a detecção precoce de câncer e outras doenças, colocando ainda mais essa população na situação de vulnerabilidade dentro e fora dos serviços de saúde.

A garantia dos direitos sexuais é uma prioridade para a população LGBTI+, uma vez que sua violação e desconhecimento são importantes e consideradas determinantes sociais que colocam os modos de vida e as práticas sexuais desse público como desviantes. O medo de serem expostos e desmoralizados faz com que muitas dessas pessoas vivam esses afetos e prazeres de maneira furtiva. O exercício dos direitos sexuais ainda não é uma realidade para essa população, principalmente para casais homoafetivos e pessoas trans⁽¹⁸⁾.

Reforça-se a necessidade de despatologizar as orientações sexuais não heterossexuais e as identidades de gênero não cisgêneras. Também é importante superar uma saúde alicerçada em um sistema binarista e heterocisnormativo. É necessário construir linhas de cuidado individualizadas, com participação ativa de cada paciente, que jamais presuma sua orientação sexual e identidade de gênero e ouça suas particularidades, especificidades, subjetividades e principalmente, respeite a autodeterminação.

Nesse âmbito, é fundamental garantir os direitos reprodutivos, que vão além do poder de decisão do controle da fecundidade e dizem respeito à liberdade, autodeterminação individual, ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana sem discriminação, coerção ou violência. Para tanto, é essencial que os profissionais de saúde promovam informações, meios e recursos seguros acessíveis aos diferentes públicos⁽¹⁹⁾.



Quando uma pessoa trans consegue ultrapassar as diversas barreiras e efetivar seu direito reprodutivo, ainda encontra outras dificuldades no processo de gestação, desde o pré-natal até o momento do nascimento. As normas de gênero associam a gestação e o cuidado do bebê à figura da mãe cis e situam o pai ou o parceiro como coadjuvante nesse processo, o que vai de encontro à ideia de um homem trans grávido. Esse olhar de estranheza à imagem de um homem gestante gera desconforto para essa pessoa trans em todos os espaços, inclusive nas consultas de pré-natal, onde deveria haver acolhimento.

Um importante desafio encontrado para um cuidado integral em saúde da população LGBTI+ é o acesso ao processo transexualizador, que exige um diagnóstico médico psiquiátrico para a autorização do início do tratamento. As portarias 457 de 2008 e 2.803 de 2013 regulamentaram o Processo Transexualizador no âmbito SUS e definiram políticas inclusivas para diagnóstico terapêutico especializado e atendimento humanizado de pessoas transexuais que desejam realizar o tratamento hormonal e/ou as cirurgias de readequação sexual⁽²⁰⁾. No entanto, apenas 12 serviços estão habilitados/credenciados para o processo transexualizador no país⁽²¹⁾. Esse fato acarreta uma grande fila de espera, impedimento de novos cadastramentos e alta procura por serviços clandestinos.

A saúde mental também é demonstrada como importante prioridade para a assistência à população LGBTI+. Essa população sofre com depressão e problemas psicológicos advindos da dificuldade da autoaceitação e da discriminação da sociedade. Muitas vezes, ainda lidam com dificuldades sociais e econômicas, as quais já se configuram como fatores desencadeantes de condições como ansiedade e depressão, predisposições para a ideação suicida. O estigma, a marginalização, a violência, a rejeição familiar e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são alguns dos fatores que potencializam as possíveis fragilidades de saúde mental dessas pessoas⁽²²⁾.

O consumo de drogas é um problema que também deve ser priorizado na atenção à saúde mental. Pesquisa britânica constatou que uma proporção maior de adultos LGBTI+ entre 18 e 64 anos relatou consumo excessivo de álcool no último ano (cinco ou mais bebidas em uma única ocasião) do que adultos heterossexuais. As pessoas LGBTQIA+ em tratamento para adição a drogas iniciaram o consumo de álcool mais cedo, quando comparadas com os participantes heterossexuais⁽²³⁾. No Brasil, estudo que examinou a associação entre orientação sexual, violência sofrida, uso de drogas e comportamentos de risco identificou alta prevalência de violência psicológica e verbal entre indivíduos homossexuais e bissexuais, o que acarretou maior demanda de uso de antidepressivos. Observou-se que o uso dessas drogas antidepressivas foi associado à dependência e comportamentos de risco à própria saúde e à saúde de outrem, estando associado ao suicídio na população homossexual⁽²⁴⁾.

Recentemente, com a instauração da pandemia da COVID-19 no Brasil, em março de 2020, a situação de saúde mental desses sujeitos foi agravada pelas novas diretrizes de convívio social que desencadearam o afastamento da rede de apoio e de afeto, a ausência de fonte de renda e o isolamento. De acordo com a pesquisa “Diagnóstico LGBTI+ na pandemia”, a saúde mental foi apontada como a maior dificuldade enfrentada nesse período⁽²⁵⁾. Tratando-se da população LGBTI+, mesmo com a flexibilização das medidas de contenção do vírus e o fim da pandemia, os prejuízos à saúde mental podem permanecer com outras interfaces.

Existem dificuldades em se mapear as condições psicossociais enfrentadas, uma vez que há subnotificação de informações oficiais e *deficit* na catalogação de dados sobre a população LGBTI+, que se relacionam com as dificuldades de estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários⁽²⁶⁾. Considera-se, portanto, a relevância dos investimentos em campanhas que convidem esses atores e atrizes sociais a irem aos postos de saúde de suas localidades, destacando-se aqui a importância da busca ativa, do conhecimento do território, da população e das demandas apresentadas.

A reflexão apresentada acerca do cuidado em saúde do público LGBTI+ aponta constrangimentos enfrentados pelo público e possibilidades para a formação em saúde que respeite a pluralidade humana e suas variedades de corpos, orientações sexuais e identidades de gênero. Destaca-se o não esgotamento do tema



e sugere-se como ferramenta para a virada de chave desse panorama, o investimento na capacitação de docentes de enfermagem, para que a geração de estudantes, futuros pesquisadores e trabalhadores, sintam-se preparada para assistir essa população de maneira integral, individual e distante de quaisquer comportamentos velados de conceitos pré-formados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso construir um sistema de saúde que extrapole as aparências, amplie os olhares para as possibilidades de ser e existir no mundo e não apenas veja as pessoas LGBTI+, mas as enxergue de fato. A edificação de linhas de cuidados deve estar pautada nos tratamentos equitativos, no estabelecimento de vínculos entre usuários/profissionais de saúde/serviços e no comprometimento com o autocuidado físico e mental, o respeito, a promoção da autoestima e a redução de situações de vulnerabilidades entre a população LGBTI+. A PNSILGBT deve ser reconhecida pelos profissionais como dispositivo de enfrentamento a HomoLesboTransfobia, e não reprodutor da LGBTfobia.

Recomenda-se que os profissionais abordem aspectos da sexualidade humana e procurem estabelecer um diálogo com base nas vivências individuais do usuário. O acolhimento por meio do diálogo aberto, da escuta ativa e do respeito às suas vivências vai permitir que o usuário se apresente da forma como se vê na sociedade. O acolhimento e a humanização do profissional são considerados elementos fundamentais para o estabelecimento do vínculo e a garantia da continuidade do cuidado. Por fim, ainda que apontamentos tenham sido realizados nesse artigo, as interseccionalidades em saúde das pessoas LGBTI+ negras, deficientes, idosas, gordas, em situação de rua, adictas, privadas de liberdade e vivendo com HIV/aids merecem atenção. A saúde está apenas começando a aprender sobre cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Machado CV, De Lima S, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(sup-22). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>
2. Melo IR, Amorim TH, Garcia RB, Polejack L, Seidl EMF. O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Psicol Saúde*. 2020;63-78.doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1047>
3. Santos LES, Fontes WS, Oliveira AKS, Lima LHO, Silva ARV, Machado ALG. Access to the Unified Health System in the perspective of male homosexuals. *Rev Bras Enferm*. 73(2) e20180688. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0688>
4. Rosa DF, Carvalho MDF, Pereira NR, Rocha NT, Neves VR, Rosa AS. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(sup-1):299-306. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>
5. Deutsch M. Making it count: improving estimates of the size of transgender and gender nonconforming populations. *LGBT Health*. 2016;3(3):181-5. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0013>
6. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JJJ. Equity Promotion Policies in Health for vulnerable groups: the role of the Ministry of Health. *Ciê Saúde Coletiva*. 2017;22:1397-7 <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>
7. Carmo CM. Minority groups, vulnerable groups and the problem of (in)tolerance: a linguistic-discursive and ideological relationship between disrespect and the manifestation of hatred in the Brazilian context. *Rev Instit Estud Brasil*. 2016;201-3. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i64p201-223>
8. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresni D, Machado C. organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
9. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17:77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
10. Prado EAJ, Sousa MF. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2017;11(1):69-80. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1895>



11. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais: Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública. 2008;42(3):570-3. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300027>
12. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [Internet]. 2013[cited 2021 Nov 10]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
13. Joseth S, Lacerda T, Castillo CM, Garrafa V. The Transsexualization Process by the Brazilian Unified Health System-bioethical implications. Rev Bras Bioét. 2013;9:34-53. <https://doi.org/10.26512/rbb.v9i1-4.7755>
14. Guimaraes RCP, Lorenzo CFG, Mendonca AVM. Patologizacao e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da populacao LGBT na Atencao Basica. Tempus, Actas Saude Colet[Internet]. 2020[cited 2021 Nov 10];14(2). Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/2721/2018/9953>
15. Nietzsche EA, Tassinari TT, Ramos TK, Beltrame G, Salbego C, Cassenote LG. Formação do enfermeiro para o cuidado à população homossexual e bissexual: percepção do discente. Rev Baiana Enferm. 2018;32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25174>
16. Silva ALR, Finkle M, Moretti-Pires RO. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre as pessoas LGBT. Trab, Educ Saúde. v. 2019;17(2). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00197>
17. World Health Organization (WHO). CID-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2021[cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://icd.who.int/browse11>
18. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde Soc. 2008;17(2):11-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>
19. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres[Internet]. 2016[cited 2021 Nov 10]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
20. Angonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. Saúde Soc. 2017;26:256-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>
21. Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Júnior A. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. 569p.
22. Bordiano G, Liberal SP, Lovisi GM, Abelha L. COVID-19, vulnerabilidade social e saúde mental das populações LGBTQIA+. Cad Saúde Pública. 2021;37(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00287220>
23. Ward BW, Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS. Sexual orientation and health among U.S. adults: national health interview survey, 2013. Nat Center Health Stat Rep [Internet]. 2014[cited 2021 Nov 10];15(77):1-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25025690/>
24. Albuquerque GA, Garcia CL, Belém JM, Figueiredo FWS, Paiva LS, Arraes TMSN. Suffered violence, drug consumption and risk behaviors in homosexual and bisexual individuals. Int Arch Med: Psychiatr Mental Health. 2015;8(52). <https://doi.org/10.3823/1651>
25. Coletivo VoteLGBT. Diagnóstico LGBT+ na pandemia [Internet]. 2021[cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://medium.com/@box1824/diagn%C3%B3stico-lgbt-na-pandemia-b71c41ca58c6>
26. Oliveira FAG, Carvalho HR, Jesus JG. LGBTI+ em tempos de Pandemia da Covid-19. Diversitates Rev Int. 2020;12(1):60-94. <https://doi.org/10.53357/CBOL2276>