

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c10>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO LGBT+

Erik Asley Ferreira Abade^I

ORCID: 0000-0001-5780-1229

Jéssica Ariadne Nascimento França^{II}

ORCID: 0000-0002-8149-7199

Eduardo Sodré de Souza^{III}

ORCID: 0000-0002-9698-028X

^IUniversidade Federal da Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil.

^{II}Secretaria Municipal da Saúde de Salvador.
Salvador, Bahia, Brasil.

^{III}Universidade Anhembi Morumbi.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

 Erik Asley Ferreira Abade
erikasley@hotmail.com

Como citar:

 Abade EAF, França JAN, Souza ES. Cuidados de enfermagem à população LGBT+. 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. 93-106 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c10>

 Revisora: Helena Cortes.
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
Santo Antonio de Jesus, Bahia, Brasil.

INTRODUÇÃO

Iniciamos este capítulo abordando os motivos pelos quais a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais e de demais identidades de gênero e/ou orientações sexuais (LGBT+) é vulnerabilizada e em que medida essa situação de vulnerabilidade, socialmente produzida e reproduzida, é determinante para as piores condições de vida e de saúde, os maiores riscos de adoecer e de morrer, e o menor acesso aos bens e recursos públicos de saúde.

A opção pelo termo LGBT+ neste capítulo se deve tanto ao reconhecimento das lutas e conquistas do movimento LGBT explicitadas na III Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁽¹⁾ e na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁽²⁾, que utilizam a sigla "LGBT" para sua nomeação, como ao reconhecimento de que as identidades presentes nesta sigla não são capazes de abarcar todas as identidades que fogem à norma da "cis-heterossexual", por isso a inclusão do símbolo de mais (+).

As vulnerabilidades em saúde da população LGBT+ mantêm uma relação direta com o processo de preconceito, discriminação e violências vivenciado sistematicamente por esse grupo social. Na origem dessas múltiplas violências, está a transgressão da **norma cisheterossexual**, que como toda norma social⁽³⁾ estabelece o modelo universal da relação **corpo-gênero-sexualidade**, tornando qualquer outra possibilidade desta relação anormal, desviante, inferior, abjeta e/ou imoral⁽⁴⁾.

A norma cisheterossexual, ainda que em um primeiro momento pareça uma palavra nova, está presente há muito tempo na matriz cultural que utilizamos para compreender os gêneros e as sexualidades. Esta norma estabelece um padrão, em que deve existir uma "coerência", uma "continuidade" entre sexo, gênero, desejo e prática sexual⁽⁴⁾.

Esses padrões sociais de gênero e sexualidade são denominados de **cisgeneridade** e **heterossexualidade**. Quando falamos em heterossexualidade, não fazemos



referência apenas à vivência da sexualidade com pessoas do gênero oposto, mas também ao dispositivo da sexualidade e seu conjunto de prescrições que regula a vivência da sexualidade de todas as pessoas⁽⁵⁻⁶⁾. A heteronormatividade fundamenta a ideia equivocada de que a homossexualidade e a bissexualidade são desviantes e respalda as desigualdades de poder nas experiências heterossexuais.

A cisgeneridade, por sua vez, é normatividade dos gêneros, impondo as possibilidades legítimas de gênero, sendo a existência “natural” aquela em que a vivência do gênero está em correspondência ao socialmente imposto a partir da condição biológica ao nascimento; em outras palavras, através do critério “sexo biológico”, determinam-se as possibilidades de existência dos corpos e seus gêneros⁽⁷⁾.

É na transgressão, no questionamento, na crítica e na denúncia das violências presentes nessa cisheteronormatividade que podemos situar a condição de vulnerabilidade em saúde da população LGBT+. Enquanto norma social, a heterossexualidade e a cisgeneridade instituem as práticas dominantes das diversas instituições, como família, escola, igreja e Estado, que marginalizam as pessoas LGBT+ a partir da violência doméstica, do *bullying* escolar, da exclusão do mercado de trabalho, da assistência não-qualificada de saúde, só para citar alguns exemplos.

A enfermagem, como campo de conhecimento e práticas, por sua vez, pode (re)produzir as normatividades de gênero e sexualidade e suas opressões, que se manifesta nas barreiras de acesso, nas práticas discriminatórias, na invisibilização das demandas em saúde desse grupo, da assistência não qualificada; ou pode seguir o caminho inverso, de uma prática emancipadora e comprometida com a redução das iniquidades sociais.

É na tentativa de contribuir com uma nova prática de enfermagem, adequada às necessidades em saúde da população LGBT+, que este capítulo objetiva discutir os cuidados de enfermagem à população LGBT+.

CATEGORIAS ANALÍTICAS: CONDIÇÃO BIOLÓGICA, IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

Na denominação LGBT+, podemos encontrar, pelo menos, três categorias analíticas: condição biológica, identidade de gênero e orientação sexual. É importante destacar que, como qualquer tipo de classificação, essas categorias possuem limites explicativos, cumprindo muito mais a função de subsidiar didaticamente a elaboração de um plano de cuidado compatível com as demandas de saúde do que explicar o que significa cada uma dessas vivências.

CONDIÇÃO BIOLÓGICA/SEXO BIOLÓGICO

Em última instância, o objeto do cuidado de enfermagem é o corpo, é através da materialidade do corpo que exercemos boa parte de nossos cuidados. Para a saúde da população LGBT+, quando analisamos os corpos, uma questão fundamental é sua diferenciação sexo-genital naquilo que convencionamos chamar de “sexo biológico”.

O conceito de sexo biológico se refere às características sexuais que a pessoa tem ao nascer e que diferenciam uns corpos dos outros. As diferentes configurações das corporeidades se devem a três fatores principais: cromossômicos, gonadais e genitais⁽⁸⁾.

De um modo geral, compreende-se que existem duas possibilidades de diferenciação biológica ao nascimento - “o sexo feminino” e o “sexo masculino” -, mas corpos humanos são complexos demais para dar respostas exclusivamente binárias, inclusive sobre a diferença sexual, fato evidenciado pela intersexualidade⁽⁹⁾.

A intersexualidade é o termo guarda-chuva que descreve a variada condição biológica de pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como tipicamente “sexo masculino” ou “sexo feminino” - isso pode ser visível no nascimento ou se tornar aparente ao longo da vida⁽⁸⁾.

As características corporais de diferenciação sexo-genital, o “sexo biológico”, incluem a presença ou não, ao nascimento, de pênis, vagina, útero, saco escrotal e assim sucessivamente, ainda que fundamentais para



o cuidado em saúde. É preciso saber quais as características do corpo que se cuida e não deve ser tomada como determinante de todos os outros aspectos da vida.

Uma vasta produção científica mostra que a visão biologizante da vida, em que o “sexo biológico” determina questões, como orientação sexual e identidade de gênero, é frágil e não encontra correspondência com a realidade, que se mostra muito mais diversa⁽¹⁰⁾. Assim, é fundamental olhar para as diferenças sexo-genitais como parte do humano e não como o fator explicativo de todas as características humanas⁽¹¹⁾.

IDENTIDADE DE GÊNERO

A identidade de gênero pode ser compreendida como:

A experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir-se, o modo de falar e maneirismos⁽¹²⁾.

Como indicado no próprio conceito, a identidade de gênero diz respeito ao reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero⁽¹³⁾. A partir dessa definição, surgem duas categorias distintas: a cisgeneridade e a transgeneridade (transexualidade, travestilidade).

Assim, as pessoas cisgêneras são aquelas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento a partir de suas características sexuais biológicas aparentes⁽¹⁴⁾. São mulheres cisgêneras, por exemplo, as pessoas que se reconhecem como mulher e nasceram em um corpo com condição biológica classificada como “sexo feminino”.

Por sua vez, as pessoas trans (transexuais, travestis e transgêneras) são pessoas que se reconhecem e se identificam com o gênero diferente das expectativas sociais, ou seja, que se identificam com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído a partir de sua condição biológica, aparente, ao nascimento. Para evitar confusões sobre as categorias analíticas, esclarecemos que transexuais e transgêneros são sinônimos, mas o termo transgênero, por definição, é considerado um termo guarda-chuva para designar várias identidades de gênero que transgridem a cisgeneridade: travesti, mulher trans, homem trans, pessoas não-binárias.

Assim, são mulheres trans aquelas que se reconhecem como mulher, mas nasceram com condição biológica classificada como “sexo masculino”. Os homens trans são aqueles que se reconhecem como homens, mas nasceram com condição biológica classificada como “sexo feminino”.

Ainda no grupo de identidades trans, temos, no Brasil, as travestis, que são pessoas trans, ou seja, não-cisgêneras, que vivenciam papéis de gênero feminino, mas que não reivindicam a identidade “mulher”, constituindo uma ideia própria sobre “mulheridade”^(15,16).

Em relação às diferenças entre as identidades de mulheres trans (transexual/transgênera) e travestis, é importante destacar como afirma Benevides⁽¹⁶⁾:

[...] é impossível diferenciar uma mulher transexual ou uma travesti apenas olhando para suas expressões de gênero ou as alterações que por ventura tenham realizado ou não. Inclusive as cirurgias de redesignação sexual não são capazes de marcar quem é uma mulher trans ou uma travesti. É necessário ter cautela ao tentar estabelecer características que separariam uma identidade da outra. Ambos os termos, são como sinônimos sem que signifiquem exatamente a mesma coisa. Não existe hierarquia entre elas.

No que diz que respeito aos cuidados em saúde, é necessário acolher mulheres trans e travestis sem distinção de oferta de cuidado e de acesso. O uso desses termos não tem a intenção de indicar diferença da identidade de gênero entre as pessoas que gostariam e as que não gostariam de realizar transformações em seus corpos⁽¹⁴⁾.



No Brasil, ainda há o uso corrente da diferenciação entre mulheres trans e travestis pela relação com a genitália, sendo as travestis aquelas que aceitavam sua genitália fállica, e mulheres trans, as que não aceitavam, que apresentavam disforia pelo falo. Contudo, não há sustentação científica para tal associação, como afirma Matos *et al*⁽¹⁷⁾:

As evidências científicas atuais indicam que a relação entre a aceitação da genitália e a identidade de gênero não são correspondentes [...] segundo essa conjectura, as pessoas transexuais, como fica subtendido, não aceitariam suas genitálias, enquanto as travestis aceitariam. Tal pressuposição não está baseada em nenhum dado de pesquisa científica e nega as existências de numerosas experiências que não se enquadram nessa definição.

Nas identidades trans, ainda há as pessoas não-binárias. A não-binaridade pode ser entendida como um “termo guarda-chuva” que engloba diversas identidades de gênero diferentes, como pessoas agêneras, aquelas que não se identificam com gênero algum, de gênero fluido, cuja identidade de gênero muda ou varia, de gênero neutro, que não se identificam como “homem” ou “mulher”, entre outras possibilidades existenciais⁽¹⁸⁾.

ORIENTAÇÃO SEXUAL

A orientação sexual pode ser definida como:

[...] à capacidade de cada pessoa de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas⁽¹²⁾.

Na orientação sexual, há, pelo menos, três dimensões: o desejo, o comportamento e a identidade sexual. Na dimensão do desejo, está a atração, os sentimentos e as fantasias; na dimensão do comportamento, estão os vínculos interpessoais, as práticas sexuais exercidas; e na dimensão da identidade sexual, está o modo como a pessoa se percebe em termos de orientação sexual e o modo como ela torna pública (ou não) essa percepção de si em determinados ambientes ou situações⁽¹⁹⁾.

As orientações sexuais mais comuns são a homossexualidade, quando a pessoa se atrai e/ou se relaciona com pessoas do mesmo gênero que o seu; a bissexualidade, quando a pessoa se atrai e/ou se relaciona com pessoas de mais de um gênero; e a heterossexualidade, quando a pessoa se atrai e/ou se relaciona com pessoas de um gênero diferente do seu.

No caso das pessoas homossexuais, a denominação lésbica indica mulheres que se relacionam com outras mulheres, e a denominação gays indica homens que se relacionam com outros homens. A bissexualidade, por sua vez, pode ser interpretada como confusão, irresponsabilidade ou inabilidade de assumir compromisso, e até equiparada com promiscuidade, infidelidade, ou comportamento sexual inseguro, mas, na verdade, trata-se de uma orientação sexual legítima e fluida que inclui o envolvimento emocional, afetivo ou sexual por mais de um gênero, como afirma o próprio Manifesto Bissexual de 1991:

Bissexualidade é um todo, identidade fluída. Não assuma que a bissexualidade é naturalmente binária ou poligâmica: que nós temos “dois” lados ou que nós precisamos estar envolvidos simultaneamente com dois gêneros para sermos seres humanos completos. De fato, não assuma que existem apenas dois gêneros. Não interprete nossa fluidez como confusão, irresponsabilidade, ou inabilidade de assumir compromisso. Não equipare promiscuidade, infidelidade, ou comportamento sexual inseguro com bissexualidade. Esses são comportamentos humanos que atravessam todas as orientações sexuais. Nada deve ser presumido sobre a sexualidade de ninguém, incluindo a sua⁽²⁰⁾.

É importante entender que se, por um lado, a orientação sexual (homossexual, heterossexual ou bissexual) não é uma escolha livre e voluntária, o “assumir-se” como gay, lésbica ou bissexual, seja perante amigos e

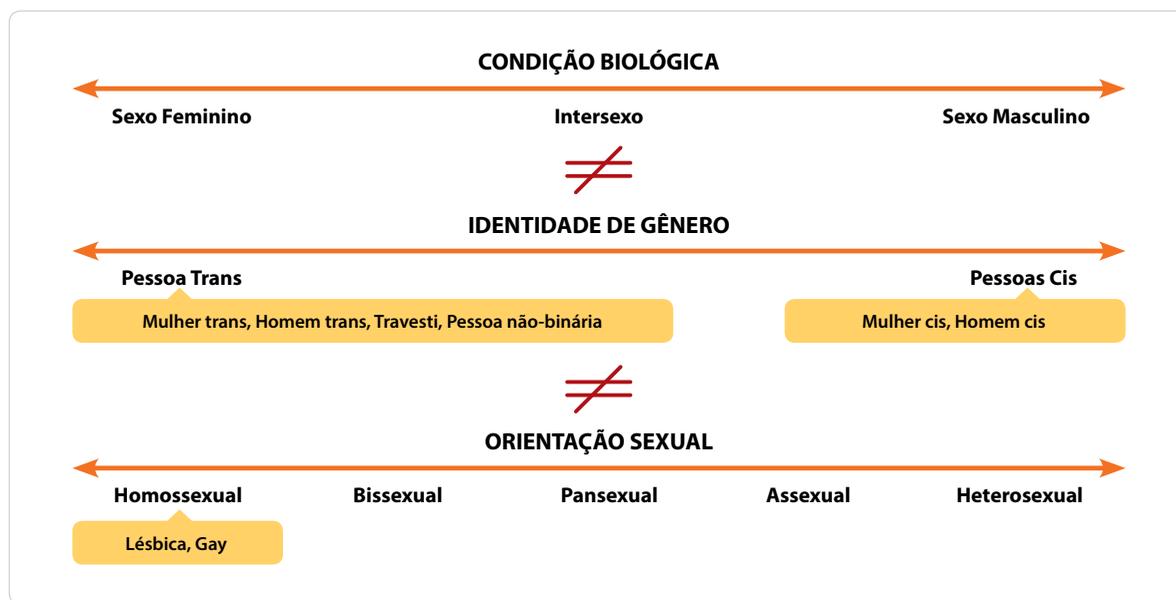


familiares, seja em contextos mais públicos, representa, em contrapartida, uma afirmação de pertencimento e uma tomada de posição crítica diante das normas sociais costumeiramente impostas⁽¹⁹⁾.

Outro ponto fundamental é compreender que as dimensões de desejo, comportamento e identidade sexual não caminham necessariamente da mesma maneira e na mesma direção⁽¹⁹⁾. Algumas pessoas podem ter um desejo por pessoas do mesmo gênero, mas não terem práticas sexuais com pessoas do mesmo gênero; outras pessoas podem ter práticas sexuais, mas não possuem um desejo tampouco uma identidade sexual de gay, como, por exemplo, homens que fazem sexo com outros homens somente por dinheiro.

DIFERENÇAS ENTRE IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL E A VISÃO INTERSECCIONAL

Como vimos até aqui, a identidade de gênero e a orientação sexual são categorias classificatórias diferentes que coexistem na compreensão do gênero e da sexualidade de todas as pessoas. Enquanto identidade de gênero se refere a como a pessoa se identifica, a orientação sexual está ligada à como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Assim, pessoas cisgêneras e transgêneras podem ter orientações sexuais diversas: heterossexuais, gays, lésbicas, bissexuais ou assexuais, conforme descrito na Figura 1.



Fonte: elaboração própria.

Figura 1 – Categorias analíticas de condição biológica, identidade de gênero e orientação sexual

Outro ponto fundamental é reconhecer que a identidade de gênero e a orientação sexual não devem ser marcadores sociais únicos na compreensão da população LGBT+, já que este grupo se articula de diversas formas com outras populações, podendo potencializar ou minimizar os processos de vulnerabilização, por isso, é preciso compreendê-los de modo interseccional.

O conceito de interseccionalidade demonstra as consequências entre a interação do racismo, sexismo e patriarcado como formas de opressão que se somam e se sobrepõem⁽²¹⁾. Tais opressões podem se potencializar e gerar maior vulnerabilidade a depender de combinações possíveis entre marcadores sociais, como gênero, raça/etnia, classe social, geração, orientação sexual, identidade de gênero, região e deficiências⁽²²⁾. Por exemplo, uma travesti, negra, com deficiência física e em situação de rua acumula opressões que interferem diretamente no processo saúde-doença-cuidado.



Ao que se propõe este capítulo, a ideia de interseccionalidade para o entendimento da população LGBT+ se torna eficiente para realizar a análise de como amplos eixos de subordinação se articulam em uma mesma pessoa. Isso significa dizer que uma pessoa não pode ser pensada, isoladamente, por um marcador social, como “negra”, “mulher”, “gay”, “lésbica”, “transsexual”, “pobre”, “rica”, mas reconhecer todos esses marcadores, pois as combinações podem ser diversas e as vulnerabilidades em saúde, também.

CUIDADO DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO LGBT+

No exercício da enfermagem, são necessárias competências de diversas naturezas, técnicas, científicas, éticas, políticas, para que cada profissional atue respaldado em princípios éticos e com o rigor científico e intelectual esperado na oferta de práticas de cuidado.

Do ponto de vista ético, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽²³⁾ destaca que, além dos preceitos da ética e da bioética, a equipe de enfermagem possui entre seus princípios o respeito aos Direitos Humanos:

[...] o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social (p. 3).

Isso significa que a atuação de enfermagem deve considerar que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. O livre exercício da orientação sexual e a identidade gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso⁽¹²⁾, sendo um compromisso da enfermagem a promoção da saúde integral de todas as pessoas, com senso de justiça social e compromisso com a cidadania plena e a promoção da equidade.

Na prática, esse compromisso representa um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas da enfermagem que abordaremos na última seção deste capítulo, divididos em duas dimensões: assistencial e gerencial.

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

Para prestar qualquer tipo de cuidado em saúde, o primeiro passo é o acolhimento, tecnologia leve, relacional, que se estabelece entre trabalhadoras(es) e usuárias(os) nos modos de escutas, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador(a), em um certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras⁽²⁴⁾.

No uso dessa tecnologia-leve com a população LGBT+, um elemento fundamental é não presumir a identidade de gênero e a orientação sexual baseada em qualquer tipo de estereótipo. Para evitar essa imposição, a(o) profissional de enfermagem deve utilizar expressões que não indiquem o gênero ou a orientação do sexual do outro, criando um ambiente seguro para que todas as pessoas se expressem, substitua frases como: “Como posso ajudar o(a) senhor/senhora?” por “Como posso lhe ajudar?”; “A(O) mulher/homem que está entrando” por “A pessoa que está entrando”; “Você tem esposo/esposa?” por “Com quem você se relaciona?”; “Quantos parceiros/parceiras sexuais você teve no último ano?” por “Quantas parcerias sexuais você teve no último ano?”.

Uma vez explicitado o gênero no qual cada indivíduo se reconhece, destaca-se que as pessoas trans devem ter sua identidade de gênero respeitada. Mulheres transexuais e travestis devem ser tratadas no feminino e homens transexuais devem ser tratados no masculino, isso em todas as suas variações. Mulheres trans e travestis são “elas”, “filhas”, “namoradas”, “moças”, e homens trans são “eles”, “filhos”, “namorados”, “rapazes”, e assim sucessivamente.



No caso de pessoas não-binárias, pode-se recorrer ao uso da linguagem neutra ou perguntar com quais pronomes aquela pessoa se sente mais confortável ao ser tratada. Palavras que incluem todos os gêneros, como “jovem”, “pessoa”, “paciente”, são preferíveis. A linguagem inclusiva deve ser expandida para todos os elementos; o preservativo, por exemplo, não deve ser qualificado como “masculino” e “feminino”, prefira “externo/peniano” ou “interno/vaginal”, isso porque mulheres trans podem utilizar preservativo peniano.

O respeito e o uso do nome social são outro importante dispositivo de acolhimento de pessoas trans. Trata-se do prenome adotado pelas pessoas trans, que corresponde ao nome pela qual se reconhecem, identificam-se e preferem ser chamadas, em contraposição ao nome do registro civil, que não corresponde ao gênero com o qual se identificam.

O uso do nome social é garantido por diversos instrumentos legais. Nos serviços de saúde, Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (Portaria nº 1.820/2009) descreve que o usuário deve ser identificado:

[...] pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosa (p. 12)⁽²⁵⁾.

A garantia do nome social representa não apenas uma dimensão de acolhimento, mas impede que o constrangimento bloqueie o acesso aos serviços e todos os possíveis cuidados em saúde, extinguindo a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular uma cultura de respeito às diversidades⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Em qualquer atendimento, sempre inicie perguntando: “Como você quer que eu te chame?”, isso permitirá que as pessoas trans possam informar seu nome social sem constrangimentos. Ainda no que diz respeito ao nome utilizado por pessoas trans, desde 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275⁽²⁸⁾, não ser mais necessária qualquer autorização judicial, comprovação de realização de procedimentos cirúrgicos ou acompanhamento médico ou psicológico para que seja realizada a alteração do registro civil, o que tem permitido que um número cada vez maior de pessoas trans alterem seus nomes e não necessitem mais do dispositivo do nome social.

Após a etapa inicial do acolhimento, o próximo passo na assistência de enfermagem será a implementação do processo de enfermagem, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em suas cinco etapas: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação⁽²⁹⁾.

Durante toda a SAE, mas notadamente no histórico de enfermagem, as questões sobre orientação sexual e identidade de gênero devem ser incluídas, registradas e utilizadas em todas as etapas seguintes.

A inclusão dessas categorias na coleta de dados indica que a(o) profissional de enfermagem não pressupõe que todas as pessoas são heterossexuais e cisgêneras, mas compreende a diversidade sexual e de gênero existente na sociedade, como também reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes sociais de saúde e, por isso, precisam ser consideradas no cuidado de enfermagem, articulando essas e outras categorias sob o prisma da interseccionalidade.

O impacto direto no processo saúde-doença decorrente da orientação sexual e uma identidade de gênero para as pessoas não-heterossexuais e não cisgêneras advém das diferentes formas de discriminação vivenciadas pela população LGBT+ que produzem exclusões e violências em espaços fundamentais para a manutenção da saúde, como a família, a escola, o mercado de trabalho, a convivência social e a atenção à saúde.

Já existem diversas evidências que a população LGBT+ apresenta piores indicadores de saúde, quando comparadas à população heterossexual e cisgênera, a exemplo das maiores taxas de transtorno mental, ansiedade, ideação e tentativas de suicídio e uso de droga abusivo de drogas⁽³⁰⁻³¹⁾ decorrentes de situações de violência e discriminação.



Ainda se destaca maior risco para certos tipos de câncer, asma, obesidade e doenças cardiovasculares⁽³²⁻³⁴⁾, muitas vezes relacionadas à dificuldade de acesso a cuidados preventivos em saúde, sendo o câncer do colo do útero um caso emblemático, pois mulheres cisgêneras lésbicas e homens transexuais possuem piores taxas de realização de citopatológico do colo do útero. Entre as mulheres cisgêneras e heterossexuais, aproximadamente 13,8% nunca realizaram exame preventivo⁽³⁵⁾, entre mulheres cisgêneras lésbicas, essa taxa foi de 32%⁽³⁵⁾, e entre homens transexuais, de 73%⁽³⁶⁾.

Os dados sobre HIV também revelam disparidades. Homens cisgêneros gays e mulheres transexuais são desigualmente afetados(as) pela infecção por HIV, sendo considerados(as) populações-chave. Enquanto na população geral a prevalência varia entre 0,30% para as mulheres cisgêneras e 0,50% para os homens cisgêneros, entre homens gays, a prevalência é de 18,4% e entre mulheres trans, de 36,7%⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Essa realidade é produzida não apenas pelo quadro de exclusão social ao qual este grupo está submetido, mas também devido às barreiras de acesso aos serviços de saúde relacionadas à LGBTfobia institucional e à assistência não qualificada, aspectos que interagem entre si, se retroalimentam e se definem mutuamente.

A assistência não qualificada se manifesta no desconhecimento das especificidades em saúde da população LGBT+, que gera orientações e práticas de cuidados inadequadas aos corpos e as vivências da sexualidade de cada pessoa, nas condutas patologizantes sobre a transexualidade e a homossexualidade, ou ainda uma oferta de cuidado restrita à questões específicas, como HIV, hormonização, sem considerar as demais demandas e necessidades em saúde de cada pessoa.

Para evitar esse cuidado não adequado às pessoas LGBT+, os profissionais de enfermagem devem considerar os determinantes gerais e as especificidades de cada grupo, sem deixar de singularizar os cuidados para o indivíduo do qual se cuida naquele momento. Lembre-se que pessoas LGBT+ possuem todas as necessidades em saúde, podem ter qualquer doença preexistente e necessitam de todos os cuidados de promoção, prevenção, assistência e recuperação, como atualizar o calendário vacinal ou receber orientações sobre alimentação saudável.

Tanto no histórico de enfermagem quanto no exame físico a conduta dos profissionais de enfermagem não deve ser orientada pela curiosidade, especulações e/ou julgamentos, sendo necessária a autorização e consentimento de cada pessoa para a realização de qualquer procedimento.

As modificações corporais realizadas por pessoas trans, notadamente as cirurgias de alteração de genitália e as práticas sexuais de pessoas lésbicas, gays e bissexuais, muitas vezes são alvo de posturas “fetichizadas” dos profissionais que servem apenas para a curiosidade da(o) profissional e não ao plano terapêutico.

Certamente, para a realização de um exame preventivo em uma mulher cisgênera lésbica ou bissexual e escolher adequadamente o tamanho do espécuro ou ainda para uma oferta adequada das estratégias de prevenção combinada do HIV para homens gays, a enfermeira precisará conhecer as práticas sexuais desses grupos. Assim, deve-se avaliar qual a função daquela pergunta, para a elaboração do plano de cuidados ou para a realização de um procedimento.

Pessoas transexuais e travestis podem desejar realizar transformações corporais, com intenção de se sentirem confortáveis com seu corpo ou serem reconhecidas socialmente dentro dos parâmetros culturais de um gênero – o que também é percebido como um fator de proteção às violências transfóbicas⁽³⁹⁾.

Entre as principais transformações, estão o uso dispositivos removíveis (como uso de *binder*, *packer*, próteses mamárias externas, ocultação de pênis e testículos, etc.), produtos e procedimentos estéticos (como minoxidil para crescimento de pêlos e laser para remoção de pêlos), hipertrofia muscular, terapia vocal, terapia hormonal e cirurgias, como as transgenitalizações ou cirurgias de redesignação sexual^(39,40).

Dentre os procedimentos que acontecem fora dos serviços de saúde, é possível que pessoas transexuais e travestis utilizem silicone líquido industrial (SLI) em diversas partes dos corpos. O uso de SLI pode resultar em diversos problemas de saúde infecções, migração do produto para outras áreas do corpo, deformidades, siliconomas, necroses teciduais, embolia pulmonar e até a morte⁽⁴¹⁾.



Ressalta-se a importância de pensar o cuidado em enfermagem sob uma perspectiva interseccional, visto que os itinerários percorridos para o acesso aos procedimentos para transformações do corpo, muitas vezes clandestinos, coexistem com uma rede de atenção à saúde cuja atenção não qualificada tende a impor barreiras, principalmente para aquelas pessoas que experienciam sobreposição de lógicas excludentes e de opressões combinadas, como pode ser o caso de uma pessoa trans, negra em situação de rua, por exemplo⁽⁴²⁾.

No exame físico, deve-se desassociar o gênero em que a pessoa se apresenta de um tipo específico de genitália. Isso significa que é possível que a(o) enfermeira(o) examine mulheres com pênis e saco escrotal, apenas com pênis (devido a realização de orquiectomia bilateral), neovagina que é vulva e o canal vaginal construídos através da cirurgia de neovulvovaginoplastia, ou examinar homens com vagina, útero, com neofalo, com ou sem mamas, ou ainda pessoas com ambas as genitálias.

Independente do tipo de alteração corporal realizada, cabe à(ao) profissional de enfermagem reconhecer as demandas de cada pessoa em relação a seu próprio corpo e às transformações realizadas. Atenção especial deve ser dada a exames físicos que envolvam avaliação de genitálias ou mamas, pois podem gerar grandes desconfortos para pessoas transexuais e travestis. É importante explicar a necessidade do procedimento antes de realizá-lo, elucidar as dúvidas, garantir o direito de acompanhante e utilizar os termos que melhores são aceitos pela pessoa, para tratar as partes do seu corpo⁽³⁹⁾.

Caso ocorra uma recusa inicial em relação a algum exame físico, uma intervenção possível é o fortalecimento do vínculo e garantia da autonomia da pessoa, pois uma experiência positiva e o estabelecimento de confiança podem levar a reconsiderações futuras sobre a realização desse e de outros exames⁽³⁹⁾.

À enfermagem compete sempre lembrar do Código de Ética Profissional⁽²³⁾, que adverte sobre o dever de respeitar a pessoa que tem o direito à recusa garantido em qualquer situação que possa responder por si. A autonomia deve ser garantida durante todo o processo de SAE.

DIMENSÃO GERENCIAL

Na dimensão gerencial, a(o) enfermeira(o) pode atuar na gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde em qualquer um de seus três níveis: na macrogestão, atinente às formulações, implementação e avaliação das políticas de saúde; na mesogestão, relacionada com o gerenciamento de instituições e serviços de saúde; e na microgestão, referida à organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho da equipe de enfermagem⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

Na macrogestão, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) representa um marco para a saúde dessa população, pois reconhece os efeitos da discriminação e preconceito motivados por orientação sexual e identidade de gênero na determinação social da saúde, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT, eliminar a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo na redução das desigualdades em saúde deste grupo⁽²⁾.

A PNSI-LGBT consiste em uma política de saúde transversal que, para ser efetivamente implementada, exige a consideração dos aspectos relacionados à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero em todo o processo de planejamento e organização da atenção e do cuidado à saúde.

Assim, enfermeiras(os) que atuam na gestão da política de saúde da mulher, do homem, da população adolescente e jovem, na Rede Cegonha, no programa de nacional de controle do câncer do colo do útero precisam incluir em suas programações as demandas da população LGBT+, como o controle do câncer de colo do útero em mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais, o pré-natal do homem transexual, a saúde mental dos jovens e adolescentes gays e assim sucessivamente. A não inclusão das especificidades deste grupo nas diversas políticas e programas é um exemplo clássico de LGBTfobia institucional.

Um dos principais desafios para a implementação da PNSI-LGBT é a produção de dados e indicadores em saúde para a população LGBT+. Ainda são escassos os Sistemas de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SIS SUS) capazes de gerar dados adequados sobre a população LGBT+, entre os principais estão:



- e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) - Ficha de Cadastro Individual possui campo específico para registrar a autodeclaração de nome social, identidade de gênero e orientação sexual.
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, podendo-se coletar dados do nome social (campo 33), identidade de gênero (campo 37) e orientação sexual (campo 36), motivação LGBTfóbica (campo 55).
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Ficha de notificação de AIDS (pacientes com 13 anos ou mais), permitindo a coleta de dados sobre as práticas sexuais de homossexuais, heterossexuais e bissexuais (campo 33), mas não possui dados sobre identidade de gênero e orientação sexual, o que impede a produção de informações específicas sobre a população de transexuais e travestis.

Entretanto, a existência desses campos não garante seu preenchimento adequado. Assim, enfermeiras(os) que atuam nos espaços de gestão devem incluir ações para qualificar esses registros, notadamente por se tratar de campos autodeclarados, onde a(o) profissional não pode preencher a partir de sua inferência ou presunção, mas sempre a partir do que é declarado, pelas pessoas que buscam cuidados, e, consequentemente, gerar informações em saúde confiáveis capazes de subsidiar processos de avaliação das políticas e monitoramento dos indicadores de saúde da população LGBT+.

Outro ponto central da PNSI-LGBT é a educação permanente. As questões relacionadas à LGBTfobia dos profissionais de saúde ainda se configuram como uma das principais barreiras de acesso da população LGBT+ aos serviços de saúde⁽²⁶⁻⁴⁶⁾, sendo uma atribuição das(os) enfermeiras(os) que atuam em espaços de macro ou microgestão a qualificação da equipe de enfermagem e demais categorias profissionais, para um atendimento livre de preconceitos e discriminações, e a inclusão das questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero nos espaços de educação permanente.

Quando inseridos(as) no nível da mesogestão, a atuação das(os) enfermeiras(os) na garantia de uma assistência qualificada à população LGBT+ deve considerar aspectos do cuidado de pessoas trans e travestis, da ambiência para a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e possuam um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana⁽⁴⁷⁾.

São exemplos de ações capazes de promover ambiência para a população LGBT+: comunicações que indiquem o compromisso com um acolhimento livre de discriminação; valorização da agenda de cidadania LGBT+ no calendário das instituições, a exemplo do Dia Internacional de Combate à LGBTfobia (17 de maio); proteção da privacidade das informações, com uma guarda portuários satisfatória; disponibilidade de insumos, tecnologias e equipamentos adequados, a exemplo espéculos de tamanho correto para mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais ou homens trans que não possuem prática penetrativa na relação sexual; dilatadores vaginais para mulheres trans e travestis que realizaram cirurgia de redesignação sexual; e garantia de espaços inclusivos (enfermarias, banheiros, salas de espera).

As(os) enfermeiras(os) que estão atuando na gestão ainda devem promover o respeito ao nome social e a identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais, o que indica, por exemplo, a inserção do campo para nome social em todos os formulários dos serviços e o internamento em enfermarias de acordo a identidade de gênero de cada pessoa, mulheres trans e travestis em enfermarias femininas e homens transexuais em enfermarias masculinas.

Outro ponto fundamental na dimensão gerencial é a construção de processos democráticos, nos quais a sociedade civil possa participar do planejamento e avaliação das políticas implementadas. Isso pode ocorrer tanto pelo fortalecimento das instâncias de controle social do SUS (conselhos e conferências) quanto pela ampliação dos espaços de participação, a exemplo dos comitês de equidade ou comitês de saúde LGBT+, ou ainda dos conselhos gestores dos serviços de saúde.

Além da PNSI-LGBT, que, por seu caráter transversal, deve estar presente na gestão de todos os serviços e processos de trabalho, no Brasil, desde 2008, foram regulamentados no âmbito do SUS os serviços de



atenção especializada no Processo Transexualizador⁽⁴⁸⁾ que visam ofertar as ações de âmbito ambulatorial de acompanhamento para hormonioterapia cruzada e cirurgias de afirmação de gênero⁽⁴⁹⁾.

DIMENSÃO EDUCATIVA E PESQUISA

O trabalho da enfermagem, no contexto dos serviços, implica também oferecer subsídios para a prática de cuidados livres de riscos e danos à saúde da pessoa assistida, de sua família e de sua comunidade. A educação em saúde e o desenvolvimento de pesquisas são meios pelos quais a prática pode ser qualificada, garantindo atualização e efetivação de uma assistência segura.

No que se refere à população LGBT+, os estudos indicam escassez de pesquisas sobre a saúde dessa população, o que impacta diretamente no baixo conhecimento dos profissionais de saúde sobre o cuidado a ser prestado⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Esse déficit de conhecimento resulta em barreiras importantes que impedem o acesso das pessoas LGBT+ aos bens e serviços de saúde. Como consequência deste distanciamento, percebem-se os piores resultados em saúde⁽⁵¹⁾.

Medidas, como a inclusão do tema de saúde LGBT+ nos cursos de enfermagem e em programas de educação permanentes nos serviços de saúde, bem como o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas nesta área, são recomendações presentes em diferentes estudos sobre este tema⁽⁵²⁾.

A enfermagem ocupa uma posição no sistema de saúde que é estratégia para a proposição de modelos de cuidado que possam reverter benefícios e garantir o acesso aos direitos sanitários dessas pessoas⁽⁵³⁾.

A comunicação assertiva e efetiva com as equipes dos serviços de saúde (profissionais de saúde, segurança, limpeza, administrativo, gestão, logística entre outros), por meio de reuniões, campanhas publicitárias, discussão de casos, revisão de práticas e de formulários de coleta de informações, sinalização de banheiros, sensibilização para abordagem respeitosa, é uma medida educativa que pode contribuir para concretizar um acolhimento em um ambiente seguro e saudável para essas pessoas⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

No âmbito acadêmico, professores e estudantes de enfermagem podem contribuir com a proposição de situações que garantam aproximação ou aprofundamento de conhecimentos por meio de estratégias de ensino e aprendizagem que privilegiem o contato com a realidade através de situações reais ou simuladas necessárias para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para a formação de profissionais capazes de atuar sobre uma realidade excludente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem à população LGBT+ requer esforços para a proposição de teorias e práticas que resultem em ações concretas e efetivas para a redução das iniquidades em saúde, que refletem nas altas taxas de morbimortalidade dessas pessoas.

Este capítulo sinaliza posicionamentos indispensáveis à enfermagem, sobretudo àqueles relacionados ao conhecimento sobre os aspectos geradores e reprodutores das vulnerabilidades que afetam as pessoas LGBT+. Com atenção a este ponto, fazem-se recomendações práticas como possibilidades de transformação de realidades cujas normativas; em sua maioria, ainda pautam em um cuidado direcionado a um ser universal ou genérico, do qual escapam variações ao que se construiu como normal.

Sob essa perspectiva da normalidade, busca-se, com essas recomendações, promover espaços de cuidado, partindo de uma ambiência cujas narrativas não invalidem as identidades contempladas no cuidado, mas que incluam, com a mesma presunção de direitos sanitários, as pessoas que historicamente foram expostas às iniquidades em saúde.

Consideramos que este material, que não se esgota em si, possa contribuir para que profissionais de enfermagem e de saúde, em geral, cumpram seu papel social de diminuir o sofrimento, ampliar a cidadania



e contribuir para a emancipação da pessoa sob os cuidados de enfermagem, quiçá, para transformações necessárias no âmbito da saúde e, por consequência, na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (BR). Relatório Final - 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais- LGBT[Internet]. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos; 2016 [cited 2021 Jul 22]. Available from: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)[Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 22]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-2836-de-1-de-dezembro-de-2011>
3. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 11ª edição. Campinas: Papirus; 2011. 224 p.
4. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 15ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017. 288 p.
5. Louro GL, organizador. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 1999. 176 p. Pedagogias da sexualidade. p. 07-37.
6. Miskolci R. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. Sociol [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 21];2:150-182. Available from: <https://www.scielo.br/j/soc/a/BkRjYv9GszMddwqpnrcJvdn/?format=pdf&lang=pt>
7. Vergueiro V. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: Messenger S, Castro MG, Moutinho L, organizadoras. Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero. Salvador: EDUFBA; 2016. 321 p.
8. Yamaguchi LYW, Barcellos R, organizadores. Promotores e promotoras da saúde LGBT para profissionais no SUS. Porto Alegre: UFRGS; 2018. 39 p.
9. Fausto-Sterling A. Dualismos em duelo. Cad Pagu. 2001;17/18:9-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100002>
10. Souza HCA, Junqueira SRA, Merkle LE. Perfil socioeconômico da amostra da Pesquisa Nacional do Perfil LGBTI+ 2018. In: Souza HCA, Junqueira SRA, Reis T, organizadores. Ensaios sobre o perfil da comunidade LGBTI+ [Internet]. Curitiba: IBDSEX; 2020 [cited 2021 Jul 23]. p. 10-66. Available from: <https://www.ibdsex.org.br/wp-content/uploads/2020/09/SOUZA-Humberto-da-Cunha-Alves-de-JUNQUEIRA-Sergio-Rogério-Azevedo-REIS-Toni.-Ensaios-sobre-o-perfil-da-comunidade-LGBTI.-Curitiba-IBDSEX-2020.-Colecao-Livres-Iguais-3.pdf>
11. Foucault M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 2ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 2015. 175 p.
12. Comissão Internacional de Juristas (CIJ). Serviço Internacional de Direitos Humanos (SIDH). Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero [Internet]. 2007 [cited 2020 Jan 24]. Available from: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf
13. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010[Internet]. Diário Oficial da União. 2020 [cited 2021 Jul 22];6(1):96. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>
14. Lanz L. Dicionário Transgênero[Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 05]. Available from: <http://leticialanz.blogspot.com/2016/08/dicionario-transgenero.html>
15. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. 2ª. Edição. Brasília: EDA/FBN; 2012. 41 p.
16. Benevides B. Travesti ou transexual, tem diferença? [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 14]. Available from: <https://medium.com/@brunagbenevides/travesti-ou-transexual-tem-diferenca%C3%A7a-f8166e67e1bc>
17. Matos A, Bento B, Teixeira FB, Tagliamento G, Perucchi J, Prado MAM, et al. Análise da Resolução 2265 de 20 de setembro de 2019 do Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 22]. Available from: <http://www.fafich.ufmg.br/nuh/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019/>
18. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação da Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo (SP). Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP.



- [Internet]. 2020[cited 2020 Sep 22]. 133 p. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transsexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf
19. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais[Internet]. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009 [cited 2021 Jul 22]. 266p. Available from: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/655/1/genero.pdf>
 20. Anything That Moves. San Francisco (CA): Bay Area Bisexual Network (BABN); 1991 [cited 2021 Jul 22];01(1). Available from: <https://drive.google.com/file/d/1xR2FbB2jJwAPKzkDxtfGDqmIcsfnvcHX/view>
 21. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum. [Internet]. 1989 [cited 2020 Aug 02];1989(1):139-167. Available from: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
 22. Akotirene C. O que é interseccionalidade? São Paulo: Ed. Letramento; 2018. 151 p.
 23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564 de 2017, de 06 de novembro de 2017. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem[Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 24]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
 24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Jul 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
 25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 21]. Available from: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf
 26. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Ciên Saúde Colet. 2016;21(8):2517-25. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
 27. Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, Martiniano CS. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. Physis: Rev Saúde Colet. 2017;27(3):835-46. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300023>
 28. Supremo Tribunal Federal (STF). Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI 4275 [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 24]. Available from: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI4.275VotoEF.pdf>
 29. Santos IMF, Fontes NCF, Silva RS, Brito SSJ, organizadores. SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Salvador: COREN – BA; 2016. 39 p.
 30. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. Saúde Soc. 2012;21(3):651-67. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>
 31. Albuquerque GA, Figueiredo FWS, Paiva LS, Araújo MFM, Maciel ES, Adami F. Association between violence and drug consumption with suicide in lesbians, gays, bisexuals, transvestites, and transsexuals: cross-sectional study. Salud Ment. 2018;41(3):131-8. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2018.015>
 32. McKay B. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues, disparities, and information resources. Med Ref Ser Q. 2011;30(4):393-401. <https://doi.org/10.1080/02763869.2011.608971>
 33. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. Am J Public Health. 2010;100:1953-60. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169>
 34. Simoni JM, Smith L, Oost KM, Lehavot K, Fredriksen-Goldsen K. Disparities in physical health conditions among lesbian and bisexual women: a systematic review of population-based studies. J Homosex. 2017;64(1):32-44. <https://doi.org/10.1080/0918369.2016.1174021>
 35. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Rede Feminista em Saúde. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade[Internet]. 2006 [cited 2020 Jan 24]. Available from: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf
 36. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anaf M. The Report of the 2015 US Transgender Survey [Internet]. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. 2016 [cited 2021 Jul 21]. Available from: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>



37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 Jul 23]. 36 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>
38. Kerr LRFS, Kendall C, Guimarães MDC, Mota RS, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine*. 2018;97:s9-s15. <https://doi.org/10.1097/MD.000000000010573>
39. Amorim AP. Cuidado de pessoas transexuais e travestis. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 24]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/cuidado-de-pessoas-transexuais-e-travestis/>
40. Moraes, AVC, Cortes, HM. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado. *J Nurs Health*. 2020;10(3):1-22. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i3.16773>
41. Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS, Martins RB, Martins GSR, Barros DD, et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00113316>
42. Souza ESS, Tanaka LH. Healthcare: action research with trans people living on the streets. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 26];75(Suppl-2): e20210016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0016>
43. Souza LEPF, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Paim J, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 49-68.
44. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2): 258-65. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200008>
45. Meneu R, Ortún V, organizadores. *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG y Asociación de Economía de la Salud; 1996. 346 p.
46. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2019;23:e180279. <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>
47. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b [cited 2020 Jul 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
48. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. 2008 [cited 2021 Jul 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html
49. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
50. Dias ALF, Borges AO, Cunha BEDB, Castro BP, Campos JA, Carvalho MAC, et al. On the fringes of the city: invisibility paths and exclusion of transvestites on the street. *Gerai, Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 23];8(spec):214-33. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200005&lng=pt
51. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": a qualitative analysis of physician-side barriers to providing health-care for transgender patients. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:110. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-110>
52. McDowell A, Bower KM. Transgender health care for nurses: an innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *J Nurs Educ*. 2016;55(8):476-9. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-11>
53. McCann E, Brown M. Education and practice developments: addressing the psychosocial concerns and support needs of LGBT+ people. *Nurse Educ Today*. 2019;82:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.008>
54. Margolies L, Brown CG. Current state of knowledge about cancer in lesbians, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.11.003>
55. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem*. 2014;47(10/11):983-7. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009>