Mitos e Verdades sobre Saúde da População LGBTIA+

Cartilha 1 da Coleção Saúde LGBTIA+

Produzida por:

Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos

SBMFC

Cartilha Mitos e Verdades sobre saúde da população LGBTIA+

Documento produzido pelo Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Autores:
Ademir Lopes Junior
Ana Paula Andreotti Amorim
Bruno Stelet
Débora SilvaTeixeira
Guilherme Antoniacomi
Mauro Barbosa Junior
Murilo Moura Sarno
Renata Carneiro Vieira
Rita Helena Borret
Wandson Padilha

Revisão:
Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira
Diretora de Comunicação da SBMFC
Gestão 2018-2020

Diagramação:
Ana Carolina D'Angelis
Assessoria de comunicação da SBMFC

1a edição - 22 de Julho de 2020

Cartilha Mitos e Verdades sobre saúde da população LGBTIA+

Sumário

Apresentação 01

O GT - um breve histórico, objetivos e produções 02

A Cartilha - Por que falar de mitos e verdades da Saúde da População LGBTIA+ 05

Mitos e verdades sobre Saúde da População LGBTIA+ 07

LGBTIA+fobia institucional 08

Pessoas intersexo 15

Transexuais 21

Bissexuais 31

Lésbicas 34

Gays 40

Assexuais 45

Glossário 50

Material complementar 56

Apresentação

A cartilha “Mitos e Verdades sobre Saúde da População LGBTIA+” é o primeiro volume da Coleção: “Saúde LGBTIA+” que será produzida pelo Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos (GT-GSDD) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Nesse primeiro volume foi compilado o material produzido pelo GT junto a Diretoria de Comunicação da SBMFC da para comemorar o mês da visibilidade LGBTIA+, em junho de 2020, e aborda questões levantadas por médicas de família, residentes, estudantes e outras profissionais de saúde em oficinas, mesas e seminários produzidos pelo grupo e indispensáveis para um cuidado adequado e a busca pela equidade no atendimento dessas pessoas nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Neste documento optamos por utilizar pronomes e gêneros neutros e, quando não foi possível, normatizá-los no feminino, demonstrando nosso comprometimento com a equidade de gênero na redação e publicação científica. A Cartilha traz também um breve relato sobre a história e as atividades realizadas pelo GT-GSDD da SBMFC desde sua criação em 2016.

Desejamos que esse material, preparado com informações baseadas em evidências científicas e dialogando com as demandas dos movimentos sociais, possa servir de apoio para atividades de formação e conversa com estudantes, residentes, profissionais de saúde e os maiores interessados: as pessoas que nos procuram e estão sob nosso cuidado. Não deixe de nos mandar críticas e sugestões pelo email: gtsexualidade@sbmfc.org.br

22 de julho de 2020

O GT - um breve histórico, objetivos e produções

O trabalho no âmbito de gênero e sexualidade na APS e na MFC no Brasil tem quase 20 anos, com experiências em diferentes locais do país, mas que até recentemente não se conheciam nem se articulavam de maneira adequada. Mais recentemente, após alguns anos de avanços nos direitos das mulheres, nos direitos sexuais e reprodutivos, da população LGBTIA+ e de profissionais do sexo, vem ocorrendo no Brasil um crescimento de movimentos conservadores que têm como pauta ações que oprimem, patologizam e marginalizam esses grupos. Por outro lado, há iniciativas da sociedade, dos serviços de saúde, da academia e de estudantes para se articular, a fim de fortalecer as iniciativas locais já existentes e criar uma rede de apoio e produção do conhecimento.

O Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos (GT-GSDD) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) surge neste contexto, fundado no dia 05 de novembro de 2016, no Rio de Janeiro, durante a 21ª Conferência Mundial da World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca). Esse GT tem o objetivo de ser um espaço de discussão, produção de conhecimento e de apoio em relação às questões que envolvem gênero, sexualidade, diversidade e direitos no âmbito da Atenção Primária à Saúde para as sócias da SBMFC e pessoas interessadas no tema.

. Seus objetivos específicos são:

- Catalogar as iniciativas de trabalho que envolvam questões de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos na assistência, pesquisa, extensão e ensino no âmbito da APS e da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil e no mundo.
- Colaborar com a SBMFC na elaboração de notas, matérias, materiais de apoio, artigos e demais formatos, para informação da sociedade em geral e de profissionais da APS.
- Propor e elaborar, em parceria com a diretoria e apoio da SBMFC, espaços de debate e de educação continuada com MFCs e demais profissionais de APS.
- Representar a SBMFC, tanto nacional quanto localmente, na interação com a mídia nos assuntos que são de interesse e estudo do GT.
- Interagir com os demais GTs e com a diretoria da SBMFC para que as questões relacionadas a Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos possam ser pautadas como temáticas transversais na APS.
- Identificar e apoiar MFCs LGBTI+ que possam precisar de apoio para o pleno desenvolvimento de suas atividades profissionais.
- Fomentar a discussão da temática nos eventos oficiais da SBMFC e suas regionais.
- Apoiar as Associações Estaduais de MFC, filiadas à SBMFC, e suas sócias, no desenvolvimento de atividades de assistência, ensino e pesquisa que envolvam questões de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos ou outros, sob a ótica da equidade de gênero e dos direitos humanos.

Atualmente, o GT-GSDD possui um cadastro com 123 membros sócios da SBMFC entre estudantes, residentes, médicas e médicos. Tem um grupo de WhatsApp muito ativo, que conta também com membros colaborativos e se constituiu como uma ferramenta importante para troca de experiências, compartilhamento de informações sobre eventos, políticas e documentos científicos, e esclarecimentos de dúvidas clínicas e abordagem sobre sexualidade e diversidade. Esse grupo ainda tem sido uma rede de acolhimento de muitas estudantes e profissionais que se sentem sozinhas em suas instituições de ensino ou serviços de saúde.

O GT-GSDD tem sido também um espaço de diálogo de profissionais de saúde com os movimentos sociais, incluindo a integração com aportes científicos das ciências humanas e sociais e das áreas biomédicas, para construir e propor modos de ensinar e fazer a assistência e a política em saúde.

O grupo organizou dois seminários nacionais e seus membros têm realizado oficinas, mesas de debate, temas de atualização clínica, rodas de conversa e apresentação de trabalhos científicos em inúmeros eventos regionais, nacionais e internacionais.

Para mais atividades, acompanhe:
Facebook do GT de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos da SBMFC.

www.sbmfc.org.br

A cartilha

A Cartilha Mitos e Verdades sobre a saúde da população LGBTIA+ não é ou não traz um problema de saúde e a maioria dessas pessoas é saudável. Entretanto, se comparadas à população geral, elas têm maior risco de desenvolver diversos problemas de saúde, por serem pessoas estigmatizadas e viverem com o estresse causado pela LGBTIA+fobia. Além disso, seu cuidado em saúde tem especificidades desconhecidas por grande parte das profissionais de saúde. A produção científica sobre a população LGBTIA+ ainda é pequena no Brasil e os cursos da área da saúde ainda não incorporaram a temática aos seus currículos, o que faz com que as pessoas não heterossexuais ou não cisgêneras tenham menos acesso aos serviços de saúde e recebam uma assistência inadequada ou insatisfatória. Embora sejam poucos, alguns estudos já demonstram que as profissionais não apenas estão desatualizadas sobre a temática, como poucas estão atuando para que essas dificuldades sejam superadas (1,2).

A maioria das consultas ainda têm um padrão cisheteronormativo e há uma grande dificuldade de comunicação entre a profissional e a pessoa LGBTIA+. Essa é uma das faces da violência simbólica a qual estas pessoas estão submetidas, que está presente em vários campos da vida e aumenta a vulnerabilidade a problemas de saúde como sofrimento mental (depressão, ansiedade, suicídio, estresse, transtornos alimentares, abuso de álcool, tabaco e outras substâncias), doenças crônicas (cardiovascular, câncer), infecções sexualmente transmissíveis e exposição a diversas formas de violência (social, doméstica, no trabalho, na escola e suicídio).

A Dia 28 de junho é Dia Internacional do Orgulho LGBTIA+, uma data que remete ao ano de 1969, quando, neste dia, pessoas que frequentavam um bar em Nova York reagiram a um novo (e recorrente) caso de violência policial contra a população LGBTIA+. Desde então, esse dia se tornou um marco da resistência e da luta por direitos desta população. Tornou-se também referência para a organização das Paradas do Orgulho LGBTIA+ e para diversas atividades de denúncia contra opressão e LGBTIA+fobia. Como parte das atividades da comemoração dessa data em 2020, o material a seguir foi publicado no site e nas redes sociais da SBMFC apresentando e discutindo alguns mitos que ainda influenciam na prestação de um cuidado adequado à saúde de pessoas LGBTIA+.

Referências:

1 - Ferreira, BO et al "Não tem essas pessoas especiais na minha área": saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde / RECIIS (Online); 13(3): 496-508, jul.-set. 2019. ilus Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-1016433

2 - Maragh-Bass, AC et al. Risks, Benefits, and Importance of Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Healthcare Settings: A Multi-Method Analysis of Patient and Provider Perspectives. LGBT Health ; 4(2): 141-152, 2017 04.

Mitos sobre Saúde da População LGBTIA+

Nesta Cartilha estamos nos referindo por mitos a uma série de concepções baseadas num falso senso comum, que normaliza certos afetos, práticas e identidades, enquanto desqualifica, invisibiliza ou fomenta violências contra outras, no caso das populações LGBTIA+. Portanto, procuramos neste material apresentar informações que ajudem a questionar, confrontar e desconstruir tais mitos.

LGBTIA+fobia institucional

Autoria: Rita Helena Borret e Murilo Moura Sarno, médicos de família e comunidade, membros do GT.

Mitos abordados

1. Profissionais de saúde bem intencionada(os) não reproduzem LGBTIA+fobia.
2. Eu só preciso perguntar sobre identidade de gênero e orientação sexual quando há relação com a demanda da pessoa.
3. Ferramentas para facilitar a marcação de consultas garante o acesso para a população LGBTIA+.
4. A orientação sexual - ser LGBTIA+ - tem a ver somente com a prática sexual.
5. A discriminação não tem efeito na saúde das pessoas LGBTIA+.
6. Falar sobre gênero e sexualidade pode transformar as pessoas em LGBTIA+.
7. Dentre as pessoas LGBTIA+, as intersecções de raça e classe estão bem representadas nas mídias e produções acadêmicas.
8. Profissionais de saúde LGBTIA+ não reproduzem LGBTIA+fobia

Profissionais de saúde bem intencionadas não reproduzem LGBTIA+fobia

Resposta: A compreensão individual acerca de gênero e sexualidade é socialmente referenciada e, nas sociedades modernas ocidentais, atravessada pelas normas binárias de gênero e pela heterossexualidade compulsória (1). Nesse sentido, não reproduzir a cisheteronormatividade configura um processo contínuo de reflexão crítica sobre as normas sociais em que, enquanto sujeitos sociais, somos construídas, nos atentando para os preconceitos que carregamos e reproduzimos, de forma consciente ou inconsciente.

Eu só preciso perguntar sobre identidade de gênero e orientação sexual quando há relação com a demanda da pessoa.

Resposta: Segundo a OMS, a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida, que abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivenciada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vividas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais. (2) O estresse de minorias sexuais (3) impacta na formação de subjetividade e construção de autopercepção e autocuidado, bem como na construção de relações sociais, incluindo as familiares. A expectativa de ações discriminatórias por parte de profissionais de saúde se apresenta como um desafio na decisão sobre a revelação da identidade sexual e de gênero da pessoa LGBTIA+.

Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (4) de 2013, reconhece o impacto do estigma social e da discriminação no processo de saúde e adoecimento das pessoas LGBTIA+. Assim, com o intuito de não reproduzir cisheteronormatividade, é essencial que o profissional de saúde seja capaz de abordar as diversas características atribuídas à sexualidade, como identidade de gênero, orientação sexual e práticas sexuais, com todas as pessoas.

O melhor momento para perguntar sobre isso pode variar de acordo com o modo que o encontro clínico transcorre. Geralmente, a fase de identificação ou a fase que aborda a saúde sexual da pessoa são espaços oportunos.

Ferramentas para facilitar a marcação de consultas garantem acesso para a população LGBTIA+

Resposta: O estigma social e o estresse de minorias se colocam como desafio para o acesso à saúde pela população LGBTIA+ (3). A vivência de ações discriminatórias e o medo dessas ações pode tornar o ambiente da unidade de saúde hostil e ameaçador. Assim, mais do que facilitar acesso, é necessário garantir atividades de educação permanente entre os profissionais de saúde, sem esquecer das profissionais administrativas, de segurança e limpeza, para garantir o respeito aos direitos da população LGBTIA+ no cuidado em saúde. Um bom exemplo prático é refletir se na sua unidade o nome social das pessoas transexuais e travestis costuma ser respeitado e se nela os sanitários respeitam as identidades de gênero não binárias.

A orientação sexual – ser LGBTIA+ – tem a ver somente com práticas sexuais.

Resposta: A orientação sexual apresenta diferentes componentes que podem ou não se interconectar. Há pelo menos três componentes que precisam ser considerados para se pensar a orientação sexual: o comportamento sexual, o desejo/atração e a identidade. A dimensão atração/desejo aborda o desejo por intimidade sexual por outra pessoa, mas pode incluir também o desejo por intimidade emocional e/ou romântica.

Essa construção do desejo é atravessada pelo contexto sociocultural e é mutável ao longo da vida (5). Uma pessoa pode apresentar desejo homossexual e não agir de acordo com ele, negando-o e tendo comportamento heterossexual. Também é possível que uma pessoa tenha comportamento homo ou heterossexual sem ter desejo sexual correlato. Por último, mas não menos importante, a identidade sexual está no campo da luta política por afirmação e construção de espaços sociais. (6) Uma pessoa pode ter desejo e comportamento homossexual e não se identificar como lésbica, gay ou mesmo bissexual. A construção da identidade, do comportamento e também do desejo são atravessadas pela cisheteronormatividade e pela LGBTIA+fobia que nos cerca e nos constrói socialmente.

A discriminação não tem efeito na saúde das pessoas LGBTIA+

Resposta: Estudos recentes demonstraram que as pessoas LGBTIA+ que vivem em lugares com restrições legais ao casamento entre pessoas do mesmo sexo eram mais propensas a ter depressão e ansiedade do que as que viviam onde esse não era o caso. Muitas pessoas LGBTIA+ não relatam sua orientação sexual aos profissionais de saúde por medo de serem mal atendidos ou até de não receberem atendimento, o que traz um estresse adicional e exacerba problemas de saúde existentes (7). Pessoas trans e não binárias podem temer serem desrespeitadas e ridicularizadas no serviços de saúde, por romperem os padrões de gênero hegemônicos.

Falar sobre gênero e sexualidade estimula as pessoas a virarem LGBTIA+

Resposta: A construção da sexualidade humana é subjetiva e, ao mesmo tempo, atravessada pelos aspectos sócio-culturais em que estamos inseridos. A cisheteronormatividade hegemônica impõe, nas sociedades ocidentais, o padrão cisgênero e heterossexual como a única forma de vivenciar a sexualidade. Nesse sentido, as pessoas LGBTIA+ se constróem entendendo que não ser cis e hétero é errado, o que provoca cargas de sofrimento e estigma social significativos. Um maior e mais diverso diálogo sobre construção de gênero e sexualidade não torna as pessoas LGBTIA+, mas pode ajudar essas pessoas a se compreenderem, se aceitarem e se identificarem dessa maneira e, assim, terem seu sofrimento reduzido. Processos de educação sexual atentos à diversidade podem ser extremamente úteis e benéficos para todas

as pessoas e não abordar a temática dentro das instituições é uma forma de reprimir e condicionar as pessoas LGBTIA+ à compulsoriedade de um sistema de gênero binário e heterossexual. Por fim, vale lembrar que viver em uma sociedade heteronormativa não torna ninguém hétero, mas dificulta o processo de autocompreensão das pessoas LGBTIA+.

Dentre as pessoas LGBTIA+, as intersecções de raça e classe estão bem representadas nas mídias e produções acadêmicas.
Resposta: A diversidade sexual e de gênero existe em todas as raças e classes. No entanto, a grande mídia brasileira e muitas publicações voltadas ao público LGBTIA+ reproduzem o sistema patriarcal racista e e classista, ao silenciar a existência da população LGBTIA em interseccionalidade com outras vivências de opressão. Essa invisibilidade reforça a situação de grande vulnerabilidade e isolamento social para algumas minorias sexuais e de gênero. (8) Há pessoas LGBTIA+ em comunidades indígenas, pessoas de descendência africana, árabe ou asiática, que estão começando a ganhar visibilidade gradualmente.

Profissionais de saúde LGBTIA+ não reproduzem LGBTIA+fobia
Resposta: Profissionais de saúde que são LGBTIA+ nasceram, cresceram e estudaram em comunidades que reproduzem e mantém padrões heteronormativos e discriminatórios. O grau de influência do meio em que vivemos que cada profissional carrega consigo é variável, mas existente, e precisa ser percebido, refletido e trabalhado continuamente.

Referências:

1 - LOURO, G. L O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 3.ed. Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2015

2 - WHO | Defining sexual health http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

3 - Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129, 674–697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674

4 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bisseuxais, Travestis e Transexuais. Brasília: MS; 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em 20 jul 2020

5 - Facchini R, Barbosa RM. Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte, 2006. http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf Acesso em 20 jul 2020

6 - Lopes Junior, A; Amorim, A. P. A; Ferron, M. M. Sexualidade e diversidade. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Capítulo 79, 2ª edição, Porto Alegre, Artmed, 2019

7 - Cardoso, M. R.; Ferro, L. F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2012, 32 (3), 552-563 https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003 Acesso em 20 jul 2020

8 - Health and healthcare disparities among U.S. women and men at the intersection of sexual orientation and race/ethnicity: a nationally representative cross-sectional study Trinh et al. BMC Public Health (2017) 17:964 DOI 10.1186/s12889-017-4937-9 Acesso 20 jul 2020

Intersexualidade

Autoria: Ana Paula Andreotti Amorim, médica de família e comunidade, membra do GT.

Mitos abordados

1. Intersexualidade é uma condição muito rara;
2. Pessoas intersexo são hermafroditas;
3. Pessoas que nascem com genitálias atípicas sempre precisam de correção cirúrgica;
4. É melhor que crianças intersexo sejam operadas logo ao nascer e que nunca saibam de sua intersexualidade;
5. Pessoas intersexo devem ser encaminhadas para um(a) médico(a) cirurgiã(o).

Intersexualidade é uma condição muito rara

Resposta: Pessoas intersexo são aquelas que nascem com alguma variação natural nas características do corpo que são atribuídas a sexo (genitálias, gônadas, cromossomos e resposta hormonal), de forma a não serem contempladas pelas concepções binárias típicas sobre como deve ser o corpo de um ser macho ou fêmea. O reconhecimento da intersexualidade pode acontecer logo ao nascimento (muitas vezes, com a percepção de uma genitália atípica), mas essa variações podem ser percebidas também ao momento da puberdade, como um achado ocasional de exames ou podem nunca ser conhecidas. Pode ocorrer isoladamente, ou em associação com síndromes e conhecidas.(1) Existem, no mundo, tantas pessoas com traços intersexos quanto existem pessoas ruivas: 1,7% da população (2).Porém, as pesquisas que demonstram essa prevalência podem mostrar números subestimados, pois muitas dificuldades levam a um baixo reconhecimento da condição intersexual: a intersexualidade pode não ser percebida, profissionais de saúde podem não notificar ao nascimento, a pessoa pode não ter sido informada pela família de sua intersexualidade (muitas vezes por orientação inadequada de profissionais de saúde), pode haver vergonha e medo de preconceitos em assumir-se intersexo, etc.(2)

Pessoas intersexo são hermafroditas

Resposta: A intersexualidade é um termo “guarda-chuva” que abrange diversas condições. Somente uma pequena fração se enquadra no que antigamente nomeava-se “hermafroditismo”, ou “pseudo-hermafroditismo”. Ainda assim, o termo deve ser evitado, por ser estigmatizante e incorreto (pois seres mamíferos não são constitucionalmente hermafroditas (3).

O termo “Diferenças de Desenvolvimento do Sexo” tem sido preferido pelos movimentos sexuais intersexo, ao invés de “Distúrbio de Desenvolvimento Sexual”, Desenvolvimento Sexual” ou “Doenças do Desenvolvimento Sexual”(4), pois considerar como normal somente o desenvolvimento genital mais frequente é uma forma de patologizar o corpo de pessoas intersexo.(1)

As intervenções cirúrgicas são sempre benéficas para a população intersexo

Resposta: A intersexualidade não deve ser entendida como uma condição de agravo à saúde por si só, pois a maioria das pessoas intersexo é saudável e somente uma porcentagem muito pequena tem necessidade de intervenções cirúrgicas ao longo da vida.(5) Alterar os corpos de pessoas intersexo com o objetivo de “normalizá-las” desrespeita direitos humanos fundamentais: direito à integridade física, a estar livre de torturas e tratamentos patologizantes, à igualdade, à não-discriminação e à autonomia.(1) A proposta de transformar a genitália de uma criança para que ela tenha uma aparência típica e, assim, seja socializada com um dos dois gêneros socialmente aceitos (mulher ou homem) gera muito mais sofrimento do que conforto às pessoas intersexo.(4) Essa concepção baseia-se na perspectiva de que pessoas que não contemplam o padrão social esperado para um desses gêneros, ou que tenham corpos que não sejam comuns, não podem ser integradas à sociedade sem que suas características sejam apagadas, transformando a intersexualidade em motivo de vergonha e de exclusão.

É melhor que crianças intersexo sejam operadas logo ao nascer e que nunca saibam de sua intersexualidade

Resposta: Os procedimentos realizados em crianças obviamente não consideram a autonomia delas sobre seu corpo e, muitas vezes, nem mesmo a família sente-se bem informada quanto à real necessidade de realizá-los e da existência de outras opções. As sequelas corporais permanentes que costumam ser geradas (infertilidade, dores, incontinência urinária, perda de prazer e alteração de sensibilidade nas cicatrizes) precisam ser consideradas juntamente aos sofrimentos mentais, muitas vezes vinculados a sentimentos de vergonha e necessidade de sigilo, que permanecem ao longo da vida e aumentam transtornos depressivos e ideação suicida (2). Embora a legislação brasileira ainda não tenha avançado muito nos direitos de pessoas intersexo, movimentos de direitos humanos ao redor de todo o mundo defendem que cirurgias e demais tratamentos desnecessários e não solicitados devam ser proibidos (1). A abordagem sobre intersexualidade deve começar ainda durante o pré-natal, pois é função de profissionais de saúde abordar expectativas das famílias em relação à criança (inclusive em relação aos papéis de gênero) e orientar sobre os direitos da pessoa parturiente e da criança recém-nascida. Quando a intersexualidade já é esperada, cabe planejamento para o momento do parto e pós-parto, assim como preparo para lidar com as possíveis abordagens da equipe hospitalar. É importante orientar que traços ou características intersexo não são necessariamente má-formações e que todas as intervenções cirúrgicas não urgentes devem ser adiadas, inclusive gonadectomias justificáveis pelo risco de desenvolvimento tumoral

maligno. O registro de nascimento é um direito de todas as pessoas e as pessoas intersexo não podem ser privadas desse direito. Na Declaração de Nascido Vivo (DNV), o campo “sexo” deve ser preenchido com a opção “ignorado” e os serviços de saúde não podem condicionar a sua entrega uma determinação binária do “sexo”. Portanto, quaisquer investigações anatômicas, procedimentos de alteração genital ou suplementações hormonais não definem o preenchimento da DNV e as famílias devem ser informadas disso, pois a ausência de registro gera muita angústia e sofrimento a elas. A Certidão de Nascimento emitida pode ser acrescentada da informação sobre sexo posteriormente, quando a família e a equipe transdisciplinar tiver concluído sua compreensão sobre o sexo/gênero da criança. (4)

Pessoas intersexo serão, necessariamente, pessoas não binárias

Resposta: Designar um gênero a uma pessoa ao seu nascimento não garante que ela se reconhecerá com esse gênero ao longo da sua vida. Portanto pessoas que nasceram com traços intersexo e tenham sido socializadas com qualquer gênero também podem ser pessoas transexuais, travestis ou com demais variabilidades de gênero.(6) Embora uma das justificativas para alterações corporais precoces nas características corporais atribuídas ao sexo seja fazer com que as pessoas intersexo sintam-se melhor com seu próprio gênero, a realidade não condiz com essa lógica. Muitas pessoas intersexo submetidas a intervenções cirúrgicas na infância sentem que foram forçadas a adotar um gênero que não as contempla, em porcentagem muito maior do que pessoas diáticas (que não são intersexo).(3)

Referências:

1 - United Nations Human Rights. Intersex [Internet]. New York: UNFE; c2018 . Disponível em: https://unfe.org/system/unfe-65-Intersex_Factsheet_ENGLISH.pdf

2 - Jones T, Hart B, Carpenter M, Ansara G, Leonard W, Lucke J. Intersex: Stories and Statistics from Australia. Cambridge, UK: Open Book Publishers, 2016. http://dx.doi.org/10.11647/OBP.0089 ISBN Digital (PDF): 978-1-78374-210-3

3 - Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA. Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. Arch Dis Child: first published as 10.1136/adc.2006.098319 on 19 April 2006. Downloaded from http://adc.bmj.com/ on May 21, 2020 at USP – Universidade de São Paulo. Protected by copyright

4 - Silva MRD. Repensando os cuidados de saúde para a pessoa intersexo. In: Dias MB. Intersexo. Revista dos Tribunais; Edição: 1ª (23 de outubro de 2018) ISBN-10: 855321205X ISBN-13: 978-8553212057

5 - European Union Agency for Fundamental Rights – FRA. The fundamental rights situations of intersex people. Vienna: 2015 . TK-04-16-441-EN-C (print); TK-04-16-441-EN-N (PDF)(

6 - Lopes Junior A, Amorim APA, Ferron MM. Sexualidade e diversidade. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Capítulo 79, 2ª edição, Porto Alegre, Artmed, 2019

Pessoas trans

Autoria: Ana Paula Andreotti Amorim, médica de família e comunidade e Wandson Padilha, médico de família e comunidade, ambos membros do GT.

Mitos abordados

1. É possível dizer se uma pessoa é “trans” ao olhar para ela;
2. Só preciso oferecer nome social para as pessoas que sei serem “trans”;
3. Tem muito poucas ou nenhuma pessoa “trans” no território que atendo;
4. Na prática sexual, mulheres trans e travestis não praticam penetração insertiva (não podem ser ativas) e homens trans não tem penetração vaginal;
5. Pessoas trans não podem ter filhos, logo não necessitam de métodos contraceptivos;
6. Todas as pessoas “trans” querem fazer cirurgia de redesignação genital;
7. O manejo da hormonização de pessoas trans não pode ser realizado na APS.

É possível dizer se uma pessoa é “trans” ao olhar para ela.

Resposta: A palavra “trans” é um diminutivo, utilizado para referir-se a “Travestis”, “Mulheres Transexuais”, “Homens Trans”, “Pessoas Transmasculinas”, “Pessoas com variabilidade de gênero” ou mesmo “Pessoas Transgênero”. Existem muitas disputas teóricas e políticas acerca dos termos que melhor representam essa população e suas especificidades e vulnerabilidades (1), apesar disso, uma pessoas “trans” deve sempre ser tratada com o seu gênero identitário e pelo termo que ela entende que melhor a representa. É uma população plural, mas que tem em comum entre si um fato: o gênero dessas pessoas não corresponde ao gênero que foi atribuído a elas quando nasceram (ou seja, a expectativa de que seriam Mulher ou Homem não corresponde à sua vivência ou à sua identidade de gênero).(2) Muitas dessas pessoas, inclusive, são pessoas não-binárias, que não se enquadram em uma perspectiva em que existam somente dois gêneros. Os gêneros podem ser compreendidos como diversos espectros, cada um com suas nuances e nos quais as pessoas podem reconhecer-se muito ou pouco (mulher, homem, gênero neutro, agênero etc.) (3). Muitas pessoas “trans” sentem a necessidade de mudar a forma como se apresentam perante as outras pessoas, ou até de transformar características do seu corpo, para sentirem-se melhor e/ou serem melhor aceitas na sociedade e sofrerem menos violências. Mas muitas não tem essa necessidade ou ainda não conseguiram mudar aspectos que são tão definidores da nossa identidade social, como os relacionados ao gênero (4). Portanto, não é possível saber quais pessoas são cisgênero (que

não tem desconforto com o gênero atribuído ao nascimento) e quais são “trans”, a não ser que se pergunte e seja criado um espaço seguro para a pessoa poder nos contar. Pautar a realidade das outras pessoas como se houvesse somente uma forma de existir, voltada para a normatividade cisgênero heterossexual, é também uma forma de invisibilização e violência das pessoas LGBTIA+ que atendemos (5).

Só preciso oferecer nome social para as pessoas que sei serem “trans”.

Resposta: Nome social é aquele com o qual uma pessoa prefere ser chamada, independentemente aos seus registros civis ou aos seus documentos. Uma das muitas violências sofridas pelas pessoas “trans” nos serviços de saúde é não terem o seu nome social e o seu gênero respeitado, muitas vezes mesmo quando solicitam explicitamente. Oferecer o nome social para todas as pessoas no momento em que são cadastradas nos serviços de saúde, independentemente à sua aparência ou ao seu pedido, é uma obrigação dos serviços e um direito de todas as pessoas usuárias, inclusive das pessoas “trans”.(6) Da mesma forma, é um dever respeitar o nome social de uma pessoa, seja qual for a aparência dela ou a forma como interpretamos, com nossos próprios parâmetros, o seu gênero. Cabe lembrar que desde 2019 a LGBTIfobia, que inclui a transfobia, é reconhecida com um crime,(7)(8) e diversos estados do Brasil tem leis específicas que protegem os direitos das pessoas LGBTIA+. O respeito ao nome social pelos serviços de saúde é também um cuidado em saúde mental, que tem potencial de diminuir sintomas depressivos, ideações e tentativas de

suicídio de pessoas “trans” ao não expô-las a essa violência institucional (9).

Tem muito poucas ou nenhuma pessoa “trans” no território que atendo.
Resposta: Pesquisas encontram frequências variadas de pessoas “trans” ao redor do mundo, em diversas culturas e momentos históricos, mas esses números, que provavelmente subdimensionam a população de pessoas “trans”, chegam a 1,3% da população em geral, (10) o que corresponde a mais de 45 a cada 3500 pessoas. No Brasil, um estudo ainda não publicado encontrou uma porcentagem maior do que 1,3%.(11). Portanto, se não conhecemos as pessoas “trans” que vivem nos territórios que atendemos, provavelmente não estamos criando um ambiente acolhedor e livre de opressões e violências para que se aproximem dos serviços de saúde e para que se sintam confortáveis para nos comunicar sobre suas vivências e identidades.

Na prática sexual, mulheres trans e travestis não praticam penetração insertiva (não podem ser ativas) e homens trans não tem penetração vaginal.
Resposta: A identidade de gênero não está diretamente relacionada às práticas sexuais das pessoas e não estabelece os desejos ou as forma de sentir prazer. Mulheres trans e travestis podem possuir pênis e utilizá-lo na sua prática sexual para penetração em seu parceiro ou parceira. O uso de hormônios pode gerar, em algumas situações, dificuldade de ereção, devido a redução dos níveis de testosterona. Nessas situações, após avaliação adequada e descartar outras causas de disfunção erétil, profissionais da medicina podem associar algum inibidor da fosfodiesterase como sildenafil ou tadalafil.(4)

Homens trans podem possuir vagina e desejarem ser penetrados. Em algumas situações, o uso prolongado de testosterona pode gerar atrofia vaginal, levando a dor e desconforto à penetração. Esse desconforto pode ser reduzido com o uso de lubrificantes à base de água ou prescrição de estrógenos de uso tópico.(12) É importante reforçar o uso de preservativos para prevenção de IST's, podendo para a penetração, serem utilizados os preservativos internos ou externos, inclusive quando se optar pelo uso de vibradores e dildos.(13)

Pessoas "trans" não podem ter filhos, logo não necessitam de métodos contraceptivos

Resposta: Algumas transformações corporais podem gerar infertilidade, como cirurgias (gonadectomias e histerectomia), inibição de maturação sexual das gônadas (com o "bloqueio puberal") e mesmo o uso de hormônios. As maiores dúvidas, porém, dizem respeito à infertilidade gerada pelo uso de hormônios. Por exemplo: um homem trans ou uma pessoa transmasculina com sistema reprodutor útero-ovariano e que usa testosterona tende a não menstruar e a ter atrofia vaginal/cervical/endometrial, além de anovulação, porém não é incomum que ocorram períodos ovulatórios. Da mesma forma, uma mulher transexual ou uma travesti com sistema reprodutor testicular-peniano e que usa estrógenos e/ou antiandrógenos tende a ter a espermatogênese diminuída, com alteração da quantidade e qualidade dos espermatozóides, mas também é possível que espermatozóides viáveis estejam presentes no sêmen. Por isso, não é possível garantir a eficácia do uso da hormonização a pessoas trans como contraceptivo, mesmo que a fertilidade diminua e que habitualmente

ela seja recuperada de maneira inversamente proporcional ao tempo de uso do hormônio (quanto mais tempo o hormônio foi usado, quando cessar o uso dele mais tempo vai levar para a pessoa voltar ao seu nível de fertilidade, que tende a ser menor). Por esse motivo, e por outras transformações corporais definitivas, a pessoa precisa decidir conscientemente e de maneira informada sobre o uso de hormônios, portanto cabe a profissionais de saúde que a acompanham abordar o desejo reprodutivo assim como a possibilidade de acessar técnicas que garantam a fertilidade futura, como o congelamento de gametas. Pessoas “trans” em uso de hormônios que têm práticas sexuais que possam levar à gestação precisam ser informadas e todos os métodos contraceptivos precisam ser oferecidos (com exceção de estrógenos para homens trans e pessoas transmasculinas, visto que esses podem trazer características corporais indesejadas).(14,15)

Todas as pessoas “trans” querem fazer cirurgia de redesignação genital

Resposta: Algumas pessoas que decidem mudar seus corpos podem escolher fazê-lo de diferentes formas. É possível fazer exercícios para que algumas partes do corpo se desenvolvam, mudar a postura e os gestos, treinar a voz e a fala, eliminar pelos do corpo ou fazê-los crescer, usar hormônios para desenvolvimento das “características sexuais secundárias” ou mesmo fazer cirurgias. As mudanças corporais podem ser muito importantes para uma pessoa “trans”, e algumas vezes são definidoras de seu bem-estar individual e social. As cirurgias contempladas pelo SUS para homens trans e pessoas transmasculinas são: mamoplastia masculinizadora (mastectomia com plástica mamária

histerectomia (associada ou não a salpingectomia e ooforectomia) e, em caráter experimental e/ou sob decisão judicial, neofaloplastia e vaginectomia (construção de um pênis, com prótese erétil e testicular, embora alguns serviços realizem também a metoidioplastia – que não requer prótese). Às mulheres trans e travestis são possíveis: vulvoplastia e vaginoplastia (construção de vulva e vagina, que pode incluir orquiectomia), plástica mamária bilateral (próteses mamárias) e tireoplastia (redução do “Pomo de Adão” e agudização da voz).(16) Existem ainda outras cirurgias que não são contempladas nas propostas do SUS, como lipoaspiração e lipopreenchimento, “feminização facial”, entre outras. Infelizmente ainda é muito comum que, na impossibilidade de acessar técnicas seguras, mulheres transexuais e travestis façam aplicação de silicone industrial, o que muitas vezes acarreta adoecimentos durante toda a vida. Não há informações sobre a porcentagem real de pessoas “trans” que desejam realizar cirurgias, pois ainda há muita dificuldade em acessar não só as cirurgias (através do SUS ou pelo Sistema Suplementar / Privado), mas também os próprios serviços de saúde. Além desse fato, um dos fatores que impulsionam o desejo das pessoas “trans” mudarem seus corpos é o medo de violência e o sentimento disfórico. A disforia de gênero pode representar somente a insatisfação de uma pessoa com as características marcadoras de gênero no seu corpo, mas também costumam estar associadas à leitura e aos apontamentos feitos pelas demais pessoas sobre como seu corpo difere do corpo de uma pessoa cisgênero e, portanto, associada à exclusão social. Esse sofrimento tende a diminuir quando as pessoas “trans” encontram possibilidades existirem e de viverem sem

tantas exclusões, o que não as condiciona, necessariamente, querer ou não realizar transformações em seu corpo.Muitas pessoas “trans”, no entanto, decidem não alterar seus corpos permanentemente e procuram (ou não) expressar seu gênero de outras maneiras (como por meio de roupas, gestuais ou maquiagem, por exemplo) sem sentir necessidade de realizar cirurgias ou mesmo usar hormônios.

O manejo da hormonização de pessoas trans não pode ser realizado na APS

Resposta: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema de Saúde e deve atuar como ordenadora do cuidado. Em muitos municípios, a Estratégia de Saúde da Família e mesmo serviços da rede privada de saúde já tem na Atenção Primária à Saúde a referência para o manejo da hormonização em pessoas trans, como é o exemplo do município de São Paulo, que possui protocolo específico para hormonização de pessoas “trans”.(17) O Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade já traz a hormonização como um atributo avançado para a formação de Médicos e Médicas de Família e Comunidade, havendo muitos programas de residência médica em MFC que já adotam a hormonização de pessoas trans como componente obrigatório do currículo de formação. Em muitos locais do mundo o cuidado com a hormonização é atribuído a profissionais da APS, como Canadá, Austrália e Uruguai e muitos serviços dos EUA.

Referências:

1 - Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos LGBT. Relatório Final – 3a Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 2016.

2 - Lanz L. Dicionário Transgênero. Ed Transgente. 2016

3 - Mardell A. The ABCs of LGBT. Mango Media. 2016.

4 - Lopes Junior A, Amorim APA, Ferron MM. Sexualidade e diversidade. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Capítulo 79, 2ª edição, Porto Alegre, Artmed, 2019

5 - Moscheta MS, Fébole DS, Anzolin B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. Sau. & Transf. Soc. 2016;7(3):71-83.

6 - Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009 – Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde

7 - Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO) nº 26

8 - Mandato de Injunção nº 4.733. Distrito Federal (agravo regimental)

9- Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. Journal of Adolescent Health. 2018(63): 503–5.

10 - Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet. 2016;388(10042):390–400.

11 - Dados parciais apresentados no 1º Encontro Nacional de Serviços de Atenção à Transexualidade, em 27/04/2019. São Paulo – SP

12 - Wesp L. Transgender patients and the physical examination. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, Chapter 4, 2nd edition, California, 2016.

13 - Núcleo de Homens Trans da Rede Trans Brasil. Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas, 2018. [Internet] Disponível em: http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf

14 - Heath RA, Wynne K. A guide to transgender health: state-of-the-art information for gender-affirming people and their supporters [livro eletrônico]. Santa Barbara, California: Praeger, an imprint of ABC-CLIO, LLC; 2019. Acesso em 30 junho de 2020.

15 - Center of Excellence for Transgender Health. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People [Internet]. University of California, San Francisco. 2016. p. 199.

16 - Ministério da Saúde. Processo Transexualizador no SUS ampliado – Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.

17 - São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP, 2020: Julho - p. 133. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf

Bissexualidade

Autoria: Mauro Barbosa Junior, fisioterapeuta em saúde sexual e sexualidade, membro colaborativo do GT.

Mitos abordados

1. Bissexualidade é uma fase transitória;
2. A mulher bissexual é mais aceita socialmente;
3. Bicurioso e heteroflex são referências a homens heterossexuais;
4. Pessoas bissexuais não mantêm relacionamento estável com pessoas do mesmo gênero;
5. Bissexuais são mais promíscuos.

Bissexualidade é uma fase transitória.
Resposta: A bissexualidade é uma orientação afetivo-sexual que rompe com os padrões da normatividade binária. Isso faz com que tanto pessoas hétero quanto homossexuais tendam a não validá-la e apontando as pessoas bissexuais como "confusas" (1)

Uma mulher bissexual é mais aceita socialmente.
Resposta: A mulher bissexual é fetichizada, na maioria das vezes por homens heterossexuais, que objetificam a relação sexual com duas mulheres ao mesmo tempo. Ou seja, não há uma maior aceitação, há uma aceitação sob a condicionalidade de que a bissexualidade feminina atenda aos interesses da masculinidade. A não aceitação social do homem bissexual vem da homofobia, que não válida sua prática sexual com outro homem. (2)(3)

Bicurioso e heteroflex são referências a homens heterossexuais.
Resposta: A bissexualidade é o termo utilizado para expressar a orientação afetiva e/ou sexual por mais de um gênero, também relacionada às experiência e comportamento sexuais, bem como fantasias e desejos. Porém pode haver pessoas que, por mais que se relacionem também com pessoas do mesmo gênero, não se identifiquem como bissexual. (4) (veja também o mito “A orientação sexual – ser LGB+ – tem a ver somente com práticas sexuais”)

Pessoas bissexuais não mantêm relacionamento estável com pessoa do mesmo gênero.
Resposta: Pessoas bissexuais podem manter relações afetivo sexuais e relacionamentos com pessoas de mais de um gênero. A quantidade de relações mantida com um ou outro gênero não define a bissexualidade. Como existe um estigma social importante sobre a homossexualidade, relacionamentos de pessoas bissexuais com pessoas do mesmo gênero podem ser menos expostos publicamente. Uma possibilidade para que bissexuais se envolvam mais em relacionamentos estáveis com pessoas de um gênero diferente ao seu pode ser a maior facilidade de encontrar pessoas heterossexuais. (5)

Bissexuais são mais promíscuos.
Resposta: A bifobia é o preconceito contra pessoas bissexuais, baseadas em estereótipos equivocados. Um dos estereótipos criados para estigmatizar a população bissexual é o de que são pessoas promíscuas e hipersexualizadas. Bissexuais são pessoas que têm interesse afetivo/sexual por mais de um gênero. A vivência dessa sexualidade varia de acordo com cada pessoa, suas vontades e sua própria construção subjetiva de sexualidade. Outras formas de bifobia são creditar infidelidade e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis à bissexualidade (6).

Referências:

1- Movement Advancement Project. INVISIBLE MAJORITY: THE DISPARITIES FACING. BISEXUAL PEOPLE AND HOW TO REMEDY THEM. September 2016. https://www.lgbtmap.org/file/invisible-majority.pdf Acesso em 19 jul 2020

2- Paul Taylor. A Survey of LGBT Americans: Attitudes, Experiences and Values in Changing Times. Front Cover. Pew Research Center, 2013

3- Xiao, L., Wang, F. Examining the Links Between Beauty Ideals Internalization, the Objectification of Women, and Ambivalent Sexism Among Chinese Women: The Effects of Sexual Orientation. Arch Sex Behav (2020). DOI: 10.1007/s10508-020-01718-7 Acesso em 19 jul 2020

4- Sam Rankin, James Hiwatari. Roadmap to bisexual inclusion A guide for Scottish services. Equality Network, 2018. http://docplayer.net/151495673-Roadmap-to-bisexual-inclusion-a-guide-for-scottish-services.html Acesso em 19 jul 2020

5- Referência Barker, M et al.“"The Bisexuality Report: Bisexual inclusion in LGBT equality and diversity", 2008. https://bisexualresearch.files.wordpress.com/2011/08/the-bisexualityreport.pdf Acesso em 19 jul 2020

Lésbicas

Autoria: Renata Carneiro Vieira, médica de família e comunidade, coordenadora do GT e Débora Silva Teixeira, médica de família e comunidade, membra do GT

Mitos abordados

1. Lésbicas não precisam fazer preventivo;
2. Lésbicas não têm chance de pegar HIV;
3. Casais de lésbicas não têm relações abusivas e violentas;
4. A mulher lésbica é mais aceita socialmente que o homem gay;
5. Lésbicas não querem e/ou não podem ser mães;
6. Uma mulher é lésbica porque se frustrou com homens, porque não consegue homem, ou porque foi vítima de abuso sexual;
7. Dá para saber se uma mulher é lésbica só de olhar.

Lésbicas não precisam fazer preventivo
Resposta: Pesquisas norte-americanas demonstraram que lésbicas fazem menos exames preventivos do que as mulheres hetero e bissexuais (1) e têm uma chance menor de buscar a vacina contra o HPV (2). Entretanto, há pesquisas que demonstram que a transmissão do HPV pode ocorrer no sexo oral, na masturbação, no uso compartilhado de acessórios sexuais e no contato entre as vulvas(3). Apesar de não haver dados que apontem o risco isolado de cada uma dessas práticas, supõe-se que as práticas penetrativas apresentem uma ligação maior com câncer de colo de útero. Existe indicação de realização da colpocitologia oncótica, com grau de evidência C. (3) Sendo assim, é importante que a decisão sobre a realização ou não do exame seja compartilhada com a mulher, apresentando a ela as melhores informações disponíveis no momento. Por outro lado, existem evidências de serem benéficos os rastreamentos de violência por parceira íntima (nível B), depressão (B), uso prejudicial de álcool (B) e tabaco (A). (3)

Lésbicas não têm chance de pegar HIV
Resposta: A transmissão de HIV no sexo entre mulheres é rara, mas já foi comprovada. Sua transmissão e de outras IST's pode acontecer no contato entre vulvas (o tribadismo ou "tesourinha"), manipulação e penetração com dedos e acessórios sexuais e no sexo oral. (3) É essencial que profissionais de saúde informem as lésbicas sobre esse risco e saibam também orientar métodos de barreira de acordo com as práticas sexuais das mulheres. O uso de camisinha feminina ou masculina para práticas de penetração deve ser orientado. As camisinhas masculina ou feminina, cortadas e abertas, ou películas de látex (Dental dam) para tribadismo e sexo oral podem ser utilizados como métodos de barreira adaptados.(4) O plástico filme (PVC) não é efetivo para proteção, pois sua porosidade permite a passagem de vírus e de algumas bactérias. (5)

Casais de lésbicas não têm relações abusivas e violentas

Resposta: Ainda existe a crença de que a relações entre lésbicas sejam mais igualitárias e menos agressivas, mas as pesquisas já mostraram que a violência conjugal acontece na mesma ou até em maior frequência do que entre heterossexuais (6) (7) (8), seja ela psicológica, física ou sexual e existem evidências de que é indicado rastrear violência por parceira íntima em consultas (nível B). (3) Na ausência de outros modelos de relações, lésbicas muitas vezes reproduzem as diferenças de poder de um relacionamento hétero. A ruptura com a família de origem e com amigos que muitas lésbicas vivem ao se assumir faz com que, por um lado elas não tenham uma rede de apoio e, por outro não queiram expor que a relação que foi por eles condenada não deu certo, seja qual for o motivo. A dependência financeira, a possibilidade da parceira expor sua sexualidade em ambientes em que não se sente segura e a vergonha de assumir que é vítima de violência dificultam ainda mais a saída de uma relação abusiva. (9)

A mulher lésbica é mais aceita socialmente que o homem gay

Resposta: A violência contra lésbicas se apresenta de formas diferentes. Uma das formas mais sutis é a fetichização: homens enxergam em casais de mulheres um convite a relações sexuais e por isso não é raro encontrar na mídia imagens com casais de mulheres em poses sensuais, sempre dentro do modelo hegemônico de beleza, com mulheres jovens, brancas e magras. Entretanto, assim que essa participação do homem é negada, a aceitação dá lugar a diversas formas de violência. (10) Além disso, lésbicas sofrem violência principalmente na família de origem, dentro de casa e variam desde o isolamento, com abandono da escola ou trabalho, até o estupro corretivo, definido por Tatiana Santos como “quando um ou mais homens, geralmente da família, estupram uma mulher por acharem que ela é ou parece ser lésbica e que tal prática vai “corrigir” sua orientação afetivo-sexual. Nos assombrosos casos de estupros corretivos em ambientes intrafamiliares e domésticos, incluem-se também aqueles cometidos em congregações religiosas, por líderes e demais fiéis que pretendem “exorcizar” lésbicas ou bissexuais.” (11)

Lésbicas não querem e/ou não podem ser mães
Resposta: O desejo de ter filhos independe da orientação sexual ou identidade de gênero das pessoas e há diversas formas pelas quais esse desejo pode se concretizar. Infelizmente, as formas mais seguras de concepção para mulheres lésbicas são muito caras e indisponíveis para a maioria. O SUS oferece poucos serviços que realizam inseminação artificial e fertilização in vitro (12) (13), e o processo é ainda mais difícil para quem, como as lésbicas, precisam de doação de sêmen, pois não existe um banco público de sêmen no país. Assim, muitas mulheres recorrem à fertilização caseira ou se submetem a relações sexuais com homens para este fim. Neste sentido, é importante abordar planejamento reprodutivo com mulheres lésbicas, podendo ser, inclusive, uma oportunidade para orientações pré-concepcionais. Além disso, perguntar a respeito da trajetória reprodutiva da mulher pode trazer informações sobre gestações anteriores, desejadas ou não, e também sobre filhos e as vivências de maternidade. Também é relevante ter em conta que a maternidade de mulheres lésbicas pode envolver a adoção legal ou informal, pois não há impedimento jurídico de que casais do mesmo sexo adotem. As preocupações relativas à maternidade e concepção em mulheres lésbicas podem ser marcadas também por uma rede social de apoio escassa, pelo preconceito que sabem que vão sofrer ou por medo do preconceito pelo qual passarão seus filhos. (14) Os profissionais de saúde podem ter um papel relevante no suporte neste ciclo de vida.

Uma mulher é lésbica porque se frustrou com homens, porque não consegue homem, ou porque foi vítima de abuso sexual
Resposta: Há muitos anos se tenta descobrir a origem das orientações sexuais não heterossexuais, que já foi atribuída a alterações genéticas, anatômicas, hormonais ou a traumas e influências de outras pessoas LGBTIA+. Nenhuma dessas hipóteses nunca foi comprovada e hoje consideramos que a orientação sexual e a identidade de gênero são construções sociais e não podem ser atribuídas a uma única causa, assim como não há formas de “revertê-la” ou “corrigi-las”. Também não é uma opção, uma escolha que pode ser mudada. (11)

Muitas mulheres lésbicas já se relacionaram com homens, por desejo, que não é algo fixo ao longo da vida, ou por pressão social. Várias têm filhxs, seja de relacionamentos heterossexuais anteriores, seja por terem usado métodos de reprodução assistida. Portanto, nunca podemos pressupor ou tentar adivinhar orientações sexuais e identidades de gênero. (15)

Dá para saber se uma mulher é lésbica só de olhar
Resposta: Lésbicas são pessoas que se identificam como mulheres (independente do sexo biológico) que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres, independente de como decidem se vestir, cortar o cabelo, trabalhar ou se divertir. As práticas sexuais também não têm ligação com a expressão de gênero ou formas de se relacionar – não é por ser mais masculinizada que uma lésbica não vai gostar de ser penetrada, ou por ser feminilizada ela vai ter se relacionado com homens em outros momentos da vida. Também não está ligada a essa diferença a possibilidade de contrair uma IST ou ter câncer de colo de útero.(16) Existem mulheres que se identificam e se expressam da forma que é, hoje, considerada feminina, existem mulheres que preferem os padrões que a sociedade classifica como masculinas e existem orientação sexual e identidade de gênero. Todos esses fatores são independentes.

Referências:

1- Agénor M, Peitzmeier S, Gordon AR, Haneuse S, Potter JE, Austin SB. Sexual Orientation Identity Disparities in Awareness and Initiation of the Human Papillomavirus Vaccine Among U.S. Women and Girls: A National Survey. Ann Intern Med. 2015;163(2):99-106.

2- Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual orientation disparities in Papanicolaou test use among US women: the role of sexual and reproductive health services. Am J Public Health. 2014;104(2):e68-e73.

3- Knight, AD et al., Preventive Health Care for Women Who Have Sex With Women. American Family Physician. 2017; 95 (5): 314-321.

4- Schroeder J, Caetano M. Laços e Acasos: Mulheres, Desejo e Saúde. Grupo arco-íris. Rio de Janeiro, 2016. http://www.arco-iris.org.br/wp-content/uploads/2010/07/Lacos_e_Acasos_cartilhasaude.pdf

5- Miguel JJP. Estudo Comparativo das Propriedades Térmicas e Mecânicas do Polipropileno Reforçado com Óxido de Zinco, Carbonato de Cálcio e Talco. Salvador: Faculdade Tecnologia SENAI CIMATEC, 2010. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Tecnologia Industrial.

6- Reuter TR, Newcomb ME, Whitton SW, Mustanski B. Intimate Partner Violence Victimization in LGBT Young Adults: Demographic Differences and Associations with Health Behaviors. Psychol Violence. 2017;7(1):101-109.

7- Whitton SW, Newcomb ME, Messinger AM, Byck G, Mustanski B. A Longitudinal Study of IPV Victimization Among Sexual Minority Youth. J Interpers Violence. 2016;34(5):912-945. Published 2016 May 3.

8- Ard KL, Makadon HJ. Addressing intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. J Gen Intern Med. 2011;26(8):930-933.

9- Moleiro, C. Pinto, N. Oliveira, JM e Santos, MH. Violência doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBT: guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas. Comissão Para A Cidadania e a Igualdade De Género, Divisão de Documentação e Informação. Lisboa, 2016.

10- Arc, Stephanie (Tradução Marly N. Peres. As Lésbicas – Mitos e Verdades. São Paulo: GLS, 2009.

11- Santos, TN et al. Percepções de lésbicas e não-lésbicas sobre a possibilidade de aplicação da Lei Maria da Penha em casos de lesbofobia intrafamiliar e doméstica. Revista Bagoas – Estudos gays: gêneros e sexualidades, v.5, n. 11 | 2014 | p. 101-119

12- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Brasília, Ministério da Saúde 2014.

13-Brasil. Ministério da Saúde. Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social. Brasília, Ministério da Saúde 2013.

14- Wojnar, D. M., Katzenmeyer, A. Experiences of Preconception, Pregnancy, and New Motherhood for Lesbian Nonbiological Mothers. JOGNN, 43, 50-60; 2014. DOI: 10.1111/1552-6909.12270

15- Gagnon J. Epílogo: Revisitando a conduta sexual (1998). In:__. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

16- Araújo, Luciane Marques de; Penna, Lucia Helena Garcia; Carinhanha, Joana Iabrudi; Costa, Cristiane Maria Amorim. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. Rev. Enf. UERJ, 2019.

Gays

Autoria: Ademir Lopes Junior, Bruno Stelet, médicos de família e comunidade e Guilherme Antoniacomi, residente de Medicina de Família e Comunidade, membros do GT.

Mitos abordados

1. Gays só vão ao médico para tratar IST;
2. Gays não podem ter filhos;
3. Não existe violência doméstica entre casais gays;
4. Homens gays que usam PrEP não precisam usar camisinha;
5. Homens gays afeminados são "passivos"e homens gays masculinos são "ativos";
6. Homens gays podem ser facilmente identificados por certos maneirismos ou características físicas afeminadas;
7. Homens gays não são machistas e nem misóginos;
8. Todos os homens gays têm pênis.

Gays só vão ao médico para tratar infecções sexualmente transmissíveis.
Resposta: Embora a incidência de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e HIV seja maior entre homens cis gays, essas pessoas têm inúmeras outras necessidades e tendem a procurar serviços de saúde, desde que estes sejam acolhedores. Alguns problemas de saúde dos homens cis gays têm frequência semelhante à população geral, mas outros, infelizmente, tem maior incidência, como depressão, ansiedade, abuso de substâncias, transtornos alimentares e problemas decorrentes da homofobia.(1)

Gays não podem ter filho.
Resposta: Casais de homens cis gays podem adotar filhos no Brasil e registrar o nome dos dois pais na certidão de nascimento, segundo normativa do Conselho Nacional de Justiça. Além disso, a reprodução assistida é autorizada pelo Conselho Federal de Medicina e viabilizada por meio da doação de óvulos e da gravidez por substituição. Na gravidez de substituição, ou solidária, uma mulher empresta seu útero para a gestação, cuja fecundação ocorre com o gameta de um dos parceiros e um óvulo doado. A mulher precisa ter parentesco consanguíneo em até quarto grau com um dos pais. (2)(3)

Não existe violência doméstica entre casais de homens gays.
Resposta: Estudos sugerem taxas de violência por parceiro íntimo entre casais gays aproximadamente na mesma taxa que entre casais heterossexuais. No entanto há duas diferenças marcantes: praticamente esse tipo de violência não é abordada nos serviços de saúde; e efetivamente não há uma rede de apoio institucional para homens que sofreram violência por parceiro íntimo. Os dados são difíceis de checar, já que esse tipo de violência é subnotificada. Os programas governamentais de acolhimento a vítimas de estupro, por exemplo, raramente estão preparadas para lidar com vítimas masculinas, especialmente gays. Acreditamos que seja importante discutir com os pacientes se eles já foram agredidos física ou emocionalmente para que planos de cuidados mais integrais sejam propostos. (4)

Homens gays que usam PrEP não precisam usar camisinha.
Resposta: A PrEp (Profilaxia Pré-Exposição) é um método de prevenção à infecção do HIV, que consiste na tomada diária de um comprimido, direcionada, no Brasil, à população-chave: gays e outros homens que fazem sexo com homens; pessoas trans; trabalhadores (as) do sexo. Ela faz parte do programa de Prevenção Combinada, que associa diversos métodos de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais. Se tomada corretamente, a PrEP impede que a infecção do HIV se estabeleça, mas nada interfere na prevenção das outras ISTs. (5) (6), e por isso é importante que haja o diálogo com os usuários de PrEp quanto a estes riscos e quais estratégias poderão ser adotadas.

Homens gays afeminados são "passivos" e homens gays masculinos são "ativos".
Resposta: Expressão de gênero é o comportamento e atitudes manifestas que são qualificadas socialmente como pertencente ao gênero feminino ou masculino, como roupas, tom de voz, estilo de caminhada etc. Prática sexual é o que se faz e relação a atividade sexual (beijar, penetrar, ser penetrado etc). A expressão de gênero (ser mais ou menos "afeminado") não tem correlação com o tipo de prática sexual, como ser penetrado ou penetrar. Além disso, as palavras "passivo" e "ativo" foram construídas numa estrutura machista de relações de poder, na qual ser penetrado "como mulher" seria ocupar um espaço de submisso/passivo, enquanto penetrar "como homem" seria ser dominador/ativo. Entretanto, a pessoa que é penetrada ("o passivo") não precisa ser necessariamente submissa a quem penetra ("o ativo"), ou vice-versa. (7)

Homens gays podem ser facilmente identificados por certos maneirismos ou características físicas afeminadas.
Resposta: As pessoas LGBTIA+ têm tantas formas, cores e tamanhos diferentes quanto as pessoas que não o são. A expressão de gênero (como a pessoa se comporta, se veste etc) não tem relação com a sua orientação sexual.

Há, no entanto, algumas características identificadas e performadas como parte de uma cultura gay hegemônica, como drag-queens e drag-kings, o uso de vestimentas de couro e outros elementos vibrantes como roupas, música, arte, história e linguagem. Entretanto, essa é apenas uma construção cultural do que se entende por “cultura gay”, que também não é exclusiva de gays e nem significa que todos os gays partilhem desses valores e comportamentos, apresentando variações entre diferentes épocas e grupos. (7) (8)

Homens gays não são machistas e nem misóginos.
Resposta: Homens gays foram educados socialmente como homens e, portanto, para ter privilégios em relação às mulheres. Embora a própria homofobia seja fruto do machismo e da misoginia, e vulnerabilize os homens gays, isso não impede que esses tenham atitudes machistas e misóginas, ou mesmo homofóbicas. Entretanto, quando um homem gay tem uma atitude homofóbica, isso agride a outros, mas também a si próprio. Por outro lado, brincadeiras, atitudes, comportamentos que desqualificam a mulher ou as impeçam de exercer seus direitos, fazem com que os homens, mesmo os gays, tenham vantagens sociais em relação às mulheres.(9)

Todos os homens gays têm pênis.
Resposta: “Homens cis” são pessoas que nasceram com pênis/saco escrotal e, por isso, foram denominados socialmente como homens no nascimento e se identificam como homens. “Homens trans”, por outro lado, são pessoas que se identificam como homens em relação ao gênero, mas que nasceram com vulva/vagina e, por isso, foram denominados mulheres ao nascerem. Homens trans podem ter vulva/vagina e não desejar, necessariamente, realizar cirurgias. Geralmente o termo “gay” costuma ser utilizado para se referir a “homens cis” homossexuais (que têm atração por outros homens), entretanto, “homens trans” também podem ter atração homossexual por outros homens. (7)

Referências:

1- CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. Psicologia: ciência e profissão, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003>. Acesso em 03 jul 2020.

2- Resolução CFM 2.168/2017. Disponível em https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168

3- CNJ. Provimento nº 64, de 14 de novembro de 2017. Disponível em https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2525 Acesso em 19 jul 2020

4- DA LUZ, Rafael Reis; GONÇALVES, Hebe Signorini. Violência doméstica entre casais homossexuais: a violência invisível. Bagoas-estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 8, n. 11, 2014. Disponível em https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/6544/ Acesso em 19 jul 2020

5-Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Disponível em /www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep. Acesso em 03 jul 2020

6- Ministério da saúde. Prevenção combinada. Disponível em www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se. Acesso em 03 jul 2020.

7- LOPES JUNIOR, Ademir, AMORIM Ana Paula Andreotti; FERRON, Mariana Maleronka. Sexualidade e Diversidade. In: GUSSO. Gustavo; LOPES José Mauro Ceratti; DIAS. Porto Alegre. Artmed, 2019.

8- PRADO, Artur. “Como ser gay”, o novo livro de David Halperin. Revista Cult. 2017

9- SARAIVA, Luiz Alex Silva; SANTOS, Leonardo Tadeu dos; PEREIRA, Jefferson Rodrigues. Heteronormatividade, Masculinidade e Preconceito em Aplicativos de Celular: O Caso do Grindr em uma Cidade Brasileira. BBR. Brazilian Business Review, v. 17, n. 1, p. 114-131, 2020.

Assexualidade

Autoria: Ademir Lopes Junior e Ana Paula Andreotti Amorim, médicos de família e comunidade, membros do GT e Walter Masteralo Neto, pessoa assexual e coordenador do núcleo de saúde e diversidade da OAB (convidado especial)

Mitos abordados

1. Assexualidade não existe;
2. Assexuais são pessoas frias e incapazes de construir relações afetivas;
3. Assexualidade é uma forma de celibato ou abstinência;
4. Assexuais não enfrentam preconceitos, opressão e discriminação;
5. Assexualidade é resultado de doença, trauma ou influxo hormonal;
6. Assexualidade é uma criação moderna da internet;
7. Assexuais não praticam sexo e não sentem desejo sexual;
8. Pessoas assexuais são assexuadas.

Assexualidade não existe.
Resposta: Assexualidade é uma orientação sexual, assim como a homo, hetero ou bissexualidade. As pessoas assexuais não sentem atração sexual por outras pessoas, ou sentem muito pouco, ou apenas em algumas situações. Pessoas que sentem muito pouca atração são consideradas gray-sexuais, pois se localizam na interface entre os alossexuais (pessoas que sentem atração) e os assexuais. Outras variações da assexualidade são pessoas que sentem atração apenas quando há alguma relação afetiva, denominadas demissexuais, ou aqueles que se sentem atraídas especialmente pela inteligência dos outros, sapiossexuais, dentre outros. (1)

Assexuais são pessoas frias e incapazes de construir relações afetivas.
Resposta: Uma ideia comum é de que assexuais são incapazes de construir relações afetivas. Assexuais, como pessoas de qualquer outra orientação sexual, são capazes de estabelecer diferentes formas de relacionamentos afetivos, sejam esses românticos ou não. (2)

A assexualidade é uma forma de celibato ou abstinência
Resposta: A assexualidade é diferente do celibato e da abstinência. A assexualidade é uma orientação sexual, o celibato e a abstinência são comportamentos. Uma pessoa assexual não sente, ou sente pouca atração sexual por outras pessoas e pode ou não, decidir praticar atividades sexuais. Uma pessoa celibatária não pratica sexo por algum motivo, nem sempre por sua escolha, enquanto, na abstinência, uma pessoa escolhe não praticar sexo. Os conceitos podem se sobrepor, mas não se confundem. Uma pessoa assexual poderia ser celibatária ou abstinente, sem que os conceitos se tornem confusos. (3)

Assexuais não enfrentam preconceitos, opressão e discriminação
Resposta: Ao contrário do que se acredita frequentemente, assexuais enfrentam preconceitos, opressões e discriminações. As pesquisas indicam que as precariedades e

vulnerabilidades associadas com a visibilização e não reconhecimento das experiências assexuais, leva a taxas ligeiramente mais altas de suicídio e tentativa, retraimento social e problemas interpessoais comparados com grupos heterossexuais e não heterossexuais. (4)

Assexualidade é resultado de doença, trauma ou influxo hormonal

Resposta: A ausência e a pouca atração sexual por muito tempo foram consideradas patologias, que requisitariam intervenções de profissionais de saúde. A assexualidade, como uma orientação sexual, não pode ser confundida com uma doença, ou o resultado de um trauma ou influxos hormonais. Inúmeras pesquisas mostram que os indivíduos autoidentificados como assexuais não possuem traumas e alteração dos níveis hormonais esperados. Uma das grandes lutas do movimento assexual para a despatoloização foi a anotação, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (DSM-V), para que pessoas autoidentificadas como assexuais não recebam diagnósticos de TDSH, mas isso não considera que esse sofrimento possa ser gerado por uma cultura sexonormativa, que exclui e gera sofrimento daqueles que não cumprem o padrão de desejo sexual. O DSM denomina de maneira diferente a baixa atração/desejo sexual, para homens e mulheres cis, denotando o quanto a expectativa social voltada à sexualidade de homens e mulheres cis é diferente (uma consequência do machismo estrutural) e contamina a área da "ciência", que a princípio se propõe neutra a julgamentos e padrões culturais. (5)

A assexualidade é uma criação moderna da internet

Resposta: A assexualidade somente tornou-se grande conhecida do público, como orientação sexual, a partir da AVEN, uma comunidade virtual, fundada em 2001, que buscava difundir informações e visibilidade sobre a assexualidade. Todavia, registros de ativistas e discussões sobre a assexualidade são anteriores. Um dos registros mais antigos da assexualidade, entendida uma orientação sexual, pode ser encontrado no "Manifesto Assexual", escrito por Lisa Orlando, e publicado em 1972 pelo New York Radical Feminists (NYRF).

A comunidade assexual se utilizou da internet para criar uma rede de ativistas e suporte mundial, com a existência de ativismo assexual em diversas partes do globo. (6)

Assexuais não praticam sexo e não sentem desejo sexual
Resposta: Assexuais, embora não sintam atração sexual, ou sintam pouca atração sexual, podem voluntariamente se envolver em atividades sexuais, pelas mais variadas razões: satisfazer parcerias, satisfação pessoal, ter filhos. Embora existam assexuais que não possuem interesse em sexo, e em geral, assexuais não tenham seu desejo direcionado ao sexo, mas sim para outros processos, muitos encontram no sexo uma atividade que pode ser prazerosa ou uma ponte de conexão com suas parcerias.(7)

Pessoas assexuais são assexuadas
Resposta: Assexuados são seres vivos que se reproduzem sem troca de gametas. Pessoas que não sentem atração sexual por outras são chamadas assexuais. Chamar uma pessoa assexual de assexuada é pejorativo.(8)

Referências:

1- The Asexual Visibility & Education Network [internet]. Disponível em www.asexuality.org/?q=general.html

2- Dawson, M., McDonnell, L. and Scott, S. (2016) Negotiating the boundaries of intimacy: the personal lives of asexual people. Sociological Review, 64(2), pp. 349-365.

3- Asexuality Archive. Asexuality and Celibacy: What's the difference, anyway? [internet]; 2011. Disponível em http://www.asexualityarchive.com/asexuality-and-celibacy-whats-the-difference/#:~:text=Asexuality%20describes%20an%20orientation%2C%20not%20a%20behavior%2C%20while%20celibacy%20is,may%20not%20be%20having%20sex.

4- Borgogna, N. C., et al. (2018) Anxiety and Depression Across Gender and Sexual Minorities: Implications for Transgender, Gender Nonconforming, Pansexual, Demisexual, Asexual, Queer, and Questioning Individuals

5- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 22 mai 2013.

6-Brigadeiro, M. A emergência da assexualidade: notas sobre política sexual, ethos científico e o desinteresse pelo sexo. Sex., Salud Soc. (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 14, p. 253-283, Aug. 2013

7- Yule, M.A., Brotto, L.A. & Gorzalka, B.B. Sexual Fantasy and Masturbation Among Asexual Individuals: An In-Depth Exploration. Arch Sex Behav 46, 311–328 (2017).

8- www.assexualidade.com.br

Glossário

Assexual: Pessoa que não experiencia atração sexual. É uma orientação sexual.

Binário: refere-se a sistemas de classificação que consideram apenas duas possibilidades. Binarismo de gênero, por exemplo, considera que as pessoas são classificadas como homens ou mulheres, não havendo outras possibilidades possíveis. Binarismo de orientação sexual pressupõe a hetero e a homossexualidade apenas, não incluindo outras vivências possíveis.

Bissexual: Pessoa que se atrai por pessoas de mais de um gênero. A bissexualidade é uma orientação sexual, mas também pode ser entendida como uma identidade política. A pansexualidade (atrair-se por todos os gêneros) pode ser entendida como uma vertente da bissexualidade.

Cisgênero: Pessoa que não questiona o gênero que lhe atribuíram ao nascer. A abreviação “cis” também é utilizada.

Cisnormatividade: É a idéia de que todas as pessoas são cisgêneras e de que essa seria a normalidade. Invisibiliza e oprime as pessoas que não identificam-se com o gênero atribuído a elas ao nascimento. É uma manifestação de transfobia.

Classista: Numa sociedade em que existem classes sociais e em que essas classes determinam como será a vivência social das pessoas, classista são as ideia é atitudes que reforçam as diferenças de classes e favorecem as classes mais privilegiadas.

Drag queen / Drag king: Personagens representadas de maneira caricatural e exagerada em relação ao gênero e sua performatividade (Drag queen: personagem feminina, Drag king: personagem masculino).

Glossário

Empoderar: parte de um conceito coletivo no sentido de proporcionar a si mesmo e aos outros mecanismos de enfrentamento para que juntos possam romper as estruturas racistas, sexistas, homofóbicas, ou seja, o combate de todas as formas de opressão para uma sociedade mais justa e igualitária no respeito às diferenças. Por conseguinte, se empoderar é identificar e compreender o que se é enquanto indivíduo e parte de um grupo desprovido de justiça social.

Estresse de minorias sexuais: o estigma social da população que não está incluída dentro da heterossexualidade compulsória provoca sofrimento e estresses. O estresse de minorias sexuais é uma forma de sistematização desses estresses proposta por Meyer em 2003. Segundo o autor, o estresse de minorias sexuais tem quatro aspectos: a vivência de situações de LGBAfobia e discriminação; o medo contínuo de situações de opressão por LGBAfobia; a homofobia internalizada e a decisão sobre revelar ou não a orientação sexual.

Expressão de gênero: forma como uma pessoa se expressa e maneira como uma pessoa é identificada pelas demais em relação aos padrões de gênero reconhecidos. Postura corporal, comportamentos, modo de comunicar-se, maneirismos e vestimentas são algumas das performatividades de gênero mais observadas. Ex: feminino, masculino, andrógino.

Heteronormatividade: Aponta o conceito de que a única orientação sexual “normal”, legítima e fundamental para a sociedade é a heterossexualidade. A heterossexualidade compulsória, que faz com que a maioria das pessoas acredite ser “naturalmente” heterossexual, é uma expressão da heteronormatividade. Manifestações heteronormativas são lesbofóbicas, homofóbicas e bifóbicas.

Glossário

Heterossexual: Pessoa que se atrai por pessoas de um mesmo gênero, diferente ao seu. A heterossexualidade é uma orientação sexual.

Homem trans: Pessoa que ao nascer foi designada mulher, mas identifica-se como homem.

Homossexual: Pessoa que se atrai por pessoas do mesmo gênero que o seu. Apesar desta definição, declarar-se lésbica (mulher que se atrai por mulher) ou gay (homem que se atrai por homem) também é um posicionamento político em prol da visibilidade de uma orientação sexual não hegemônica e, nesse contexto, a orientação sexual pode ser compreendida como uma identidade política.

*OBS.: A literatura passou a adotar as siglas MSM (“mulher que faz sexo com mulher”) e HSH (“homem que faz sexo com homem”) para inserir em estudos e políticas públicas as pessoas que, apesar de sua prática sexual, não se identificam como homossexuais ou bissexuais. No entanto, estes termos não contemplam pessoas que se identificam como lésbicas, gays ou bissexuais pelo apagamento político que gera a estas identidades.

Identidade de gênero: É a percepção de gênero que cada pessoa tem de si própria, a partir dos referenciais sociais de gênero apresentados a ela (contexto social, cultural, teórico e histórico). Apesar de vivermos em uma sociedade que considera o gênero como binário, existem outras formas de identificar-se além de “homem” ou “mulher”.

Interseccionalidade (ou teoria interseccional): é o estudo da sobreposição ou intersecção de identidades sociais e sistemas relacionados de opressão, dominação ou discriminação. A teoria sugere e procura examinar como diferentes categorias biológicas, sociais e culturais, tais como

Glossário

gênero, raça, classe, capacidade, orientação sexual, religião, casta, idade e outros eixos de identidade interagem em níveis múltiplos e muitas vezes simultâneos. Este quadro pode ser usado para entender como a injustiça e a desigualdade social sistêmica ocorrem em uma base multidimensional. A teoria interseccional foi desenvolvida por teóricas do feminismo negro.

Intersexo: Pessoa que nasce alguma variação corporal, ou a apresenta naturalmente ao longo da vida, que não se encaixa na definição típica de características sexuais binárias (corpo biológico típico de fêmea ou macho). As condições que levam à intersexualidade podem relacionar-se a cromossomos, genitália, gônadas, órgãos reprodutivos ou hormônios puberais.

LGBT(QIA): População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Mulheres Transexuais e Homens Trans (pode-se somar também pessoas Queer, Pessoas Intersexo e Assexuais).

LGBTIfobia: aversão ou ódio à comunidade LGBT, que invariavelmente se apóia na cisheteronormatividade e tem como base o machismo e a misoginia. Ex: lesbofobia, homofobia, bifobia, transfobia.

Misoginia: A misoginia corresponde ao sentimento, que pode ser transformado em ação, de aversão e ódio ao gênero feminino.

Mulher transexual: Pessoa que ao nascer foi designada homem, mas identifica-se como mulher.

Orientação afetiva / sexual / romântica: É a tendência individual a atrair-se afetivamente e/ou sexual e/ou romanticamente por outras pessoas, observada a partir dos gêneros destas pessoas.

Glossário

Não é uma escolha ou opção, pois trata-se do desejo individual e não dos relacionamentos consolidados em si. Apesar das descrições deste glossário sobre assexualidade, heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade, não existe critério para que alguém se defina ou se entenda dentro de cada uma dessas orientações sexuais, portanto cada pessoa pode valer-se de diferentes referenciais para identificar-se dentro delas (frequência de relacionamentos ao longo da vida, relacionamento significativo, relacionamento atual, desejo afetivo experienciado ao longo da vida... etc.)

Patriarcal: Um sistema patriarcal é um sistema que está submetido a autoridade de uma ou várias lideranças masculina. Em sistemas patriarcais, as relações de poder se constroem na perspectiva do gênero masculino como hegemônico.

Pessoa não binária: Pessoa que não se identifica completamente como mulher nem como homem, não cabendo a ela a concepção binária de gênero. Pessoas agênero e pessoas de gênero fluido representam formas de não binaridade.

Pessoas vivendo com HIV/aids: termo preferido e usado pelo movimento social em todo o mundo. A abreviatura, a ser usada o mínimo possível, é PVHA. Soropositivo para HIV reservado para o contexto médico. Portador do HIV é considerado desumanizador.

Práticas sexuais: atos desenvolvidos durante as relações sexuais. Não se relacionam necessariamente com a orientação sexual ou com a identidade de gênero. Exemplos: penetração anal peniana, penetração vaginal digital, sexo oral vulvar, sexo oral anal, sexo vulvar, sadomasoquismo, etc.

Glossário

Racismo: ato de menosprezar, hostilizar, ferir ou negligenciar outra pessoa, um grupo de pessoas ou a si mesmo devido à sua origem étnico/racial. É o ato político, cultural e social de definir hierarquia entre raças, impondo desigualdades e iniquidades.

Sexismo/cisheterosexismo: como outras palavras que carregam o sufixo “ismo”, sexismo se remete a uma forma de discriminação. No caso do sexismo, tal ação baseia-se nas diferenças atribuídas ao sexo/gênero. No caso de cisheterossexismo, a ação discriminatória baseia-se na não correspondência das pessoas a cisnormatividade e/ou heteronormatividade vigente.

Sorofobia, aidsfobia: Palavras que têm sido introduzidas pelo movimento social para designar com mais especificidade o estigma, preconceito e discriminação contra a pessoa vivendo com HIV/aids.

Transexual: Pessoa que se identifica com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído no nascimento. Pode desejar realizar transformações corporais ou em sua expressão de gênero para ser percebida individual ou socialmente com o seu gênero identitário. Internacionalmente utiliza-se o termo “transgênero”, não reconhecido pelo movimento social brasileiro por questões políticas históricas. A abreviação “trans” também é utilizada em alguns contextos.

T**ravesti:** Apesar de a CID 10 considerar travesti uma pessoa transfeminina que não tem intenção de alterar sua genitália, o movimento social atual não requisita diferenciações conceituais entre travestis e mulheres transexuais, e sim diferenciações identitárias, que estão muitas vezes atreladas a questões sócio econômicas ou históricas.

Material complementar

Apresentamos nessa seção sites, documentos, protocolos e artigos que trazem mais informações sobre o tema:

Protocolo para atendimento às pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. 3 de julho de 2020 - www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf

Associação Americana de Medicina de Família, sessão Science & Education, LGBT Health

Toolkit: https://www.aafp.org/patient-care/public-health/lgbt-toolkit/science.html

Roadmap to bisexual inclusion A guide for Scottish services: http://docplayer.net/151495673-Roadmap-to-bisexual-inclusion-a-guide-for-scottish-services.html

The Asexual Visibility & Education Network. Disponível em: https://www.asexuality.org/?q=general.html

Site do coletivo Bi-Sides: https://www.bisides.com/

Movement Advancement Project: https://www.lgbtmap.org/invisible-majority

Grupo Arco-íris: http://www.arco-iris.org.br/

Grupo Gay da Bahia: https://grupogaydabahia.com.br/

The World Professional Association for Transgender Health: https://www.wpath.org/