

capoa

POPULAÇÃO LGBTQIA+ LUTA POR ACESSO IGUALITÁRIO AO TRATAMENTO DE CÂNCER, MAS PRECONCEITO É A MAIOR BARREIRA

Por um arco-íris de direitos



Homem transgênero (pessoa que possui identidade de gênero diferente do sexo biológico) e ativista LGBTQIA+, João Hugo Cerqueira, 30 anos, iniciou o processo de transição no Ambulatório de Atenção à Saúde de Travestis e Pessoas Transexuais (do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa da Bahia – Cedap/BA) com 19 anos. Sua primeira vez no ginecologista foi justamente após começar a transição. E, apesar de se reconhecer como homem, continua fazendo regularmente o rastreamento do câncer do colo do útero. Jussara*, 55 anos, é lésbica, mãe e avó. Ela percebeu um caroço em uma das mamas após

levar uma cotovelada. Procurou um mastologista conhecido e fez alguns exames, sendo encaminhada para o INCA para realizar biópsia, em dezembro de 2004. No ano seguinte, passou por cirurgia, quimioterapia e radioterapia no Instituto.

Esses dois personagens são exceção. Na verdade, o rastreamento dos cânceres de mama e do colo do útero alcança uma parcela muito menor entre a população LGBTQIA+ do que entre as mulheres

que se identificam com o sexo de nascimento e são heterossexuais. Nesse segundo grupo, as que relataram ter feito mamografia pelo menos uma vez e as que realizaram o Papanicolaou ultrapassam os 70%; enquanto os percentuais caem para 40% no primeiro grupo. Esses números constam da pesquisa *Transforming the invisible into the visible: disparities in the access to health in LGBT+ older people*, de 2022, que comparou o acesso à saúde entre a população LGBTQIA+ com 50 anos ou mais e a não LGBTQIA+. Os resultados englobam SUS e saúde suplementar.

A cuidadora Marisa Justino, hoje com 62 anos, fez sua única mamografia e uma ultrassonografia transvaginal aos 48. Lésbica e moradora de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense, Marisa conta que preconceito, constrangimento, vergonha e medo a mantiveram afastada dos serviços de saúde. Para ela, os profissionais da Saúde não têm preparo para atender a população LGBTQIA+ e não costumam conversar sobre os exames de detecção precoce dos cânceres de mama e do colo do útero. Conta que é comum uma lésbica ouvir que não precisa fazer o preventivo ginecológico por não se relacionar sexualmente com homens.

“Somos totalmente invisíveis no setor da saúde. Quando uma de nós, mais corajosa, resolve enfrentar essa barreira, identificando-se, reivindicando o direito a um atendimento correto e humanizado, somos tratadas com desdém, indelicadeza e indiferença”, critica Marisa.

Mesma percepção tem o gari Heitor Castro, homem transgênero de 55 anos, que há quase 10 anos não vai ao ginecologista. A única vez que fez mamografia e Papanicolaou foi em 2014, pela rede suplementar. “Foi muito constrangedor, porque

“Somos totalmente invisíveis no setor da saúde. Quando uma de nós, mais corajosa, resolve enfrentar essa barreira, identificando-se, reivindicando o direito a um atendimento correto e humanizado, somos tratadas com desdém, indelicadeza e indiferença”

MARISA JUSTINO, cuidadora



Marisa: “Profissionais da Saúde não têm preparo para atender a população LGBTQIA+”

a médica não estava preparada para atender um transgênero”, conta.

Heitor faz transição hormonal pelo SUS desde 2021, em Mesquita, também na Baixada Fluminense, e este ano conseguiu dar entrada no processo de alteração para o nome social. “Temos que fazer uso do nosso direito ao nome social e ser tratados com respeito, mas é uma luta que ainda vai levar muito tempo”, prevê.

DESPREPARO PROFISSIONAL

A pesquisa *The Transforming the...*, publicada no jornal *Clinics*, foi feita por pesquisadores das faculdades de medicina da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade de São Caetano do Sul, e da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, do Hospital Israelita Albert Einstein.

“Os exames de rastreio do câncer de mama e do colo do útero podem ser mais complexos para a população trans, pois envolvem exposição de genitais, reafirmação de um gênero com o qual a pessoa não se identifica ou um gênero que o profissional da saúde não enxerga”, opina Milton Crenitte, médico geriatra e coordenador do Ambulatório de Promoção à Saúde Trans 40+, da USP, um dos autores do estudo.

A percepção de qualidade do atendimento pela pessoa LGBTQIA+ passa pelo preparo profissional, e o estudo mostrou que 53% desse grupo não sabem ou não acreditam que os médicos estejam preparados para lidar com as particularidades da sua saúde.

Desde 2012, existe a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e

Transexuais (LGBT) lançada pelo Ministério da Saúde. De acordo com o documento, trata-se de um reconhecimento sobre as demandas dessa população em condição de vulnerabilidade e dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença.

Mas, após 11 anos do lançamento da política, o acolhimento da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde ainda é um desafio. “Pensando no SUS, cujos pilares incluem a equidade, precisamos conhecer as desigualdades para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Só vamos entender como orientação sexual e identidade de gênero são determinantes da saúde a partir do momento em que nos centramos na pessoa, e não na doença”, continua o pesquisador.

Para começar a mudar esta realidade, o médico acredita em “criar serviços nos quais essas pessoas sejam respeitadas e incluídas”. E acrescenta: “Pensar em políticas, mas, primeiro, acolhê-las [as pessoas]. Se continuarmos com uma grande parcela dessa população não acessando os serviços de saúde, seja porque tem medo de sofrer discriminação ou porque já sofreu, não vamos conseguir nos comunicar com essas pessoas”.

Moradora de Mesquita, na Baixada Fluminense, Jussara é constantemente colocada na posição de ter que confirmar que é mulher, por não expressar feminilidade. “Todas as vezes em que vou a uma unidade de saúde e chamam meu nome, todos olham para mim. Até para realizar o preventivo, a médica confirma se sou eu mesma. Sempre enfrentei isso na área da Saúde e

fora dela.” Jussara também espera por mais sensibilidade, empatia e escuta; dentro e fora dos hospitais. “A nossa saúde mental é tudo, é o que nos sustenta.”

Para reduzir a invisibilidade e a vulnerabilidade dessa população, a diretora de Programa da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), do Ministério da Saúde (MS), Flávia Teixeira, resalta que a produção de dados é fundamental, até mesmo no Sistema de Informação do MS.

“Incorporar orientação sexual e identidade de gênero como elemento de produção de dados é importante para que possamos compreender quem é essa população que acessa o SUS — porque sabemos que a maioria é SUS dependente. Até o momento, as pesquisas nas universidades e nos serviços de saúde têm guiado nossa preocupação com a política pública. Demandas chegam por meio do movimento social organizado, que tem sido o grande aliado na construção da política pública no Brasil. O País mantém essa população não vista quando não a introduz em seus documentos oficiais”, relata Teixeira.

TRÊS ESFERAS, DIVERSOS PAPÉIS, UMA DEFESA

O coordenador nacional da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, Fernando Maia, admite a necessidade de repensar as políticas públicas e incorporar essa discussão no rastreamento de câncer. “Precisamos, num primeiro momento,

MAIS EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCO

O estudo Sexual orientation disparities in depression and substance use among adults: Results from the Brazilian National Health Survey analisou a prevalência de uso de tabaco, abuso de álcool, uso/abuso de múltiplas substâncias e depressão de acordo com a orientação sexual e constatou a maior exposição a fatores de risco para câncer por parte da população LGBTQIA+.

Em comparação com pessoas heterossexuais, há prevalência mais alta de uso diário de tabaco (homens gays, mulheres lésbicas e bissexuais); consumo excessivo de álcool (mulheres lésbicas e bissexuais); uso/abuso de múltiplas substâncias (homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais); e depressão (homens gays e bissexuais e mulheres bissexuais). As mulheres bissexuais mostraram-se mais vulneráveis em todos os quesitos.

A pesquisa, feita por pesquisadoras da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e publicada este ano na Revista LGBT Health, baseou-se na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) - Quesito Orientação Sexual, do IBGE, de 2022, primeiro levantamento oficial do País sobre essa população. As informações, coletadas em 2019, mostravam que, dentre os brasileiros adultos (18 anos ou mais), 1,9 milhão de pessoas se autodeclaravam homossexuais (1,2%); 1,1 milhão bissexuais (0,7%); 1,7 milhão não sabiam sua orientação sexual (1,1%); e 3,6 milhões não quiseram responder (2,3%).

modificar as diretrizes de forma a incorporar a população trans. Se uma pessoa tem mama, ela deve seguir o rastreamento do câncer de mama; se ela tem colo do útero, deve seguir o rastreamento do colo do útero. Maia acrescenta que, em paralelo, há um movimento para compreender se há algum tipo de tumor maligno específico nesse grupo devido à terapia com hormônios.

Flávia Teixeira acredita que o reconhecimento de orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais no processo saúde-doença afetará a formação de profissionais capazes de prestar atendimento humanizado à população LGBTQIA+. “Esperamos que, até o final do ano, possamos dar uma resposta mais qualificada a essas pessoas e, particularmente, aos trans”, diz.

O médico de família e comunidade e diretor do Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP, Ademir Lopes Junior, é um dos editores do livro *Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar*, que busca instrumentalizar profissionais e estudantes da área da Saúde na abordagem da população LGBTQIA+. “As campanhas não incluí-la; e, muitas vezes, os profissionais têm pouco conhecimento, baseando suas práticas em estigmas, e não em evidência científica”, relata.

Segundo Lopes, a primeira ação do médico de família é garantir o acesso ao usuário. “Isso é muito mais amplo do que a pessoa entrar pela porta da unidade de saúde. A forma como ela percebe o serviço é o que vai fazê-la sair ou não de casa para procurar assistência”, explica.

O câncer do colo do útero tem como principal causa o vírus do HPV, e o SUS disponibiliza a vacina para meninas/adolescentes de 9 a 14 anos e meninos/adolescentes de 11 a 14 anos. “Se eu tenho parte das pessoas trans sendo expulsas de casa durante a adolescência, qual é a taxa de vacinação contra HPV dessas pessoas? Os fatores de risco acabam sendo consequências da vulnerabilidade e da LGB-Tfobia. É um somatório”, ressalta o médico.



DIFERENÇAS

53% do grupo LGBGT não sabem ou não acreditam que os médicos estejam preparados para lidar com as particularidades da sua saúde



Homem trans, João Hugo continua fazendo o preventivo ginecológico

Milena Palladino

INICIATIVAS DE QUALIFICAÇÃO

Flávia Teixeira cita como iniciativas exitosas de qualificação profissional as das associações brasileiras de Ensino Médico e de Medicina de Família e Comunidade, que incorporaram o cuidado com a população LGBTQIA+ no currículo; e ressalta que é importante que a temática esteja presente nos diversos níveis de formação.

No INCA, o projeto *Desinformação e Câncer*, com início previsto para 2024, buscará sensibilizar gestores e trabalhadores da rede de atenção oncológica no combate à desinformação, dando visibilidade a temas que podem influenciar, por discriminação, preconceito ou exclusão, os processos de saúde-doença de parte da população. De acordo com a coordenadora de Ensino, Alessandra de Sá Earp Siqueira, o objetivo é que os profissionais sejam capazes de pensar a informação e o conhecimento como ferramenta inclusiva e equitativa.

Abordar o câncer nos dois primeiros níveis de atenção à saúde requer articulação. De acordo com Fabiana Brandão Souza, da Área Técnica de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, os coletivos e movimentos sociais participam dos diálogos e apresentam suas demandas de apoio a ações educativas e construção de documentos. A partir de 2021, a área começou a receber mais demandas dos municípios para montarem suas próprias áreas técnicas de cuidado à saúde LGBTQIA+. “O processo de interiorização precisa acontecer”, diz.

O SIGNIFICADO DE CADA LETRA



LÉSBICAS — É uma orientação sexual e diz respeito a mulheres que se sentem atraídas afetiva e sexualmente por outras mulheres.



GAYS — É uma orientação sexual e se refere a homens que se sentem atraídos por outros homens.



BISSEXUAIS — São pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente tanto com pessoas do mesmo gênero quanto do gênero oposto.



TRANSEXUAIS, TRANSGÊNEROS, TRAVESTIS — Conceito relacionado à identidade de gênero, e não à sexualidade, remetendo às pessoas que possuem identidade de gênero diferente do sexo de nascimento. Para se referir a elas, são usadas as expressões: homem trans e mulher trans.

Mulher trans é a pessoa que se identifica com o gênero feminino embora biologicamente tenha nascido com genitália masculina. O homem trans é a pessoa que se identifica com o gênero masculino embora biologicamente tenha nascido com genitália feminina.



QUEER — Termo da língua inglesa usado para qualquer pessoa que não se identifica com o padrão binário de gênero (homem/mulher).



INTERSEXO — É uma pessoa que nasceu com a genética diferente do XX ou XY e tem a genitália ou sistema reprodutivo fora do sistema binário homem/mulher.



ASSEXUAL — Pessoa que não sente atração sexual por nenhum gênero.



Demais orientações sexuais e identidades de gênero. O símbolo de soma no fim da sigla é para que todos compreendam que a diversidade de gênero e sexualidade é fluida e pode mudar a qualquer tempo, retirando o “ponto final” que as siglas anteriores carregavam.

DIFERENÇAS



Apenas 39% das pessoas LGBT que nasceram com genitália feminina fizeram pelo menos um exame preventivo ginecológico ao longo da vida, contra 73% entre as mulheres heterossexuais

Em Salvador, o Campo Temático de Saúde LGBT, da Secretaria Municipal de Saúde, promove, desde 2019, educação permanente para as equipes da Atenção Primária, a fim de que as unidades sejam certificadas como Unidades Básicas Unidas da Saúde da População LGBTQIA+.

Os critérios para certificação englobam participação das equipes na educação, utilização do nome social pelas equipes, inserção de orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários e promoção de atividades nas datas temáticas. O enfermeiro e técnico do Campo Erik Abade relata que o diálogo com os movimentos sociais é fundamental para as campanhas educativas chegarem a essa população.

AS ESPECIALIDADES (E HUMANIDADES)

No HC III, unidade do INCA destinada ao tratamento do câncer de mama, a chefe do Setor de Psicologia, Luzia Rodrigues Pereira, relata que pacientes LGBTQIA+ geralmente procuram atendimento pelo sofrimento psíquico causado pela doença, mas temas como religião, aceitação, preconceito e rede de cuidado e apoio também são trazidos.

“Nos cabe oferecer acolhimento e lugar de escuta. O tratamento acarreta mudanças na imagem e no funcionamento corporal, afetando também a sexualidade. Cada paciente vivencia isso de forma singular, de acordo com a história que construiu com seu corpo. O norte do nosso trabalho é o respeito às diferenças, priorizando o cuidado. Temos muito a avançar, e essa temática merece atenção e políticas públicas consistentes e inclusivas”, observa a psicóloga.

Ainda este ano, uma dessas políticas está prevista para ser implementada: o sistema de informação do HC III passará a contar com dados de orientação sexual e identidade de gênero, de acordo com o diretor, o mastologista Marcelo Bello.



Na unidade, homens e mulheres trans em tratamento já ficam nas enfermarias correspondentes à sua identidade de gênero, independentemente do nome que conste no Registro Civil.

Atuando no Ambulatório de Atenção à Saúde de Travestis e Pessoas Transexuais do Cedap/BA, a ginecologista Patrícia Almeida consegue observar a disparidade no atendimento, relatada pelos próprios usuários. “As mulheres lésbicas que não performam feminilidade relatam que se sentem malvistas e que são pouco escutadas, a ponto de saírem de uma consulta com receita de anticoncepcional”, revela.

A médica relata que muitos pacientes não têm a percepção de que mesmo sem praticar sexo penetrativo precisam fazer o preventivo ginecológico. “É algo que precisamos trabalhar com as mulheres lésbicas, pois o HPV pode ser transmitido por contato”, explica.

Com o homem trans, a situação é ainda mais delicada. “Muitos vão acompanhados de uma amiga ou irmã, para evitar constrangimento. Muitas vezes,

“Há barreiras na marcação da consulta com o uso do nome social, na espera em uma recepção onde só há mulheres e o receio sobre como será o profissional de saúde e a abordagem sobre o Papanicolaou”

PATRÍCIA ALMEIDA, ginecologista



DIFERENÇAS

Na população LGBTQ, 40% já fizeram mamografia. Entre as mulheres heterossexuais, o índice chega a 74%

eles desistem. Há barreiras na marcação da consulta com o uso do nome social, na espera em uma recepção onde só há mulheres e o receio sobre como será o profissional de saúde e a abordagem sobre o Papanicolaou. Nos casos dos homens trans que sofrem de disforia, eu já ouvi relatos como: ‘Patrícia, eu não consigo me olhar. Como eu vou tirar a roupa para que você me olhe?’”, conta.

A ginecologista revela que o ambulatório ainda não teve um caso de câncer diagnosticado e questiona: “No hospital em que isso acontece, em qual local do prontuário está a informação de que a pessoa é travesti ou transexual? Não está registrado porque o sistema é binário: homem ou mulher”.

Milton Crenitte acrescenta a necessidade de olhar para os cuidados paliativos. “O suporte social é muito importante e é um dos grandes desafios para promover um final de vida com dignidade para a população LGBTQIA+. Temos uma grande parcela que não é casada, não tem filhos e não tem um contato de emergência. Temos o desafio de pensar no suporte ao paciente oncológico na finitude.” Segundo ele, principalmente na parcela dessa população com mais de 60 anos, a “família de escolha” é a que está presente; e cabe aos profissionais da Saúde envolvê-la nas discussões. ■